

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

70

Année 1898

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 novembre 1898, à 1 heure

Par ALPHONSE TERMET

Né au Havre, le 9 décembre 1869

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA HERNIE CRURALE

SA CURE RADICALE

Par le procédé de J.-L. CHAMPIONNIÈRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. BLUM,
LEJARS, } agrégés.
WALTHER, }*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

70

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 novembre 1898, à 1 heure

Par ALPHONSE TERMET

Né au Havre, le 9 décembre 1869

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA HERNIE CRURALE

SA CURE RADICALE

Par le procédé de J.-L. CHAMPIONNIÈRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. BLUM,
LEJARS, } agrégés.
WALTHER, }*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE.
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ TERRIER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ LABOULBENE.
	{ CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	{ TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	{ BERGER.
Clinique d'accouchements.....	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail qui marque pour nous la fin de nos études, nous sommes heureux de pouvoir témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont enseigné la médecine.

Lorsque nous avons commencé nos études, c'est en allant comme bénévole dans le service de M. le professeur Tillaux à l'Hôtel-Dieu, que nous avons appris le chemin de l'hôpital; nous avons suivi pendant un an ce service avec énormément de profit, apprenant à estimer le professeur et à aimer le maître; aussi avons-nous été très heureux quand, lors de notre première année d'externat à la Pitié, nous avons eu le bonheur de nous retrouver pendant quelques mois son externe. Aujourd'hui, le professeur Tillaux met le comble à ses bontés en nous faisant l'insigne honneur de présider la soutenance de notre thèse; qu'il soit bien persuadé qu'il n'a point affaire en nous à un ingrat et que nous conserverons toujours le souvenir et de ses excellentes leçons et de l'ineffable bonté dont il a toujours fait preuve à notre égard.

L'année suivante M. le professeur Landouzy nous a accueilli dans son service de Laënnec; nous le remercions de l'accueil bienveillant qu'il nous y fit et des excellentes leçons cliniques qu'il nous y a données.

Un an plus tard, nous étions l'externe de M. le professeur Le Fort, à la Pitié: la mémoire de ce maître si bon nous est chère; M. le Dr Lejars, professeur agrégé, était alors son chef de clinique; remercions-le de ce qu'il nous a appris alors et de toutes les marques de sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner depuis en toutes circonstances.

M. le D^r Troisier, professeur agrégé, nous avait réservé une place d'externe de deuxième année, dans son magnifique service de Lariboisière ; que dire à ce maître si bon, si bienveillant, si merveilleux clinicien pour lui exprimer toute notre reconnaissance ? Les termes resteraient au-dessous de nos sentiments. Qu'il nous permette de lui dire qu'à l'admiration que nous lui avons vouée, se mêle une grande part d'affection.

Dans le cours de la même année, nous avons rempli, pendant les deux mois qu'il suppléa M. Troisier, les fonctions d'interne auprès de M. le D^r Mathieu, médecin des hôpitaux. Remercions ce maître de sa bonté, de sa bienveillance et de ses excellentes leçons sur les maladies de l'estomac et de l'intestin.

Notre dernière année d'externat s'est passée dans le service de M. le professeur agrégé Lancereaux, à l'Hôtel-Dieu. Nous garderons toute notre vie la profonde impression qu'a produite sur nous l'enseignement de ce maître si clair, si précis, qui savait frapper l'esprit de ses élèves et leur faire comprendre et aimer la clinique. Après la retraite de ce maître, tant regretté, nous avons achevé notre externat dans le service de M. le professeur Proust, suppléé par M. le professeur agrégé Thoinot ; ce maître excellent a bien voulu nous traiter en ami plutôt qu'en élève et lors de circonstances pénibles pour nous, il s'est montré d'une bienveillance et d'une bonté dont nous lui serons éternellement reconnaissant.

L'année suivante, nous étions interne dans le service d'ophtalmologie de M. le professeur agrégé Delens à Lariboisière ; nous remercions sincèrement ce maître si affable de ses excellentes leçons d'oculistique et de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné depuis.

Interne l'an d'après chez M. le professeur agrégé Blum à l'hôpital Saint-Antoine nous avons appris la chirurgie dans

son service, grâce aux bonnes leçons du maître, à l'intérêt qu'il prend à l'instruction de ses élèves et à la large initiative qu'il veut bien leur laisser. Depuis, M. Blum nous a donné de nouvelles preuves d'intérêt ; qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Puis, nous devenons l'interne du Dr Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Nous apprenons particulièrement de ce maître en la matière la chirurgie des hernies, des résections, des fractures et celle du crâne. Nous lui serons toujours reconnaissant de ses bonnes leçons qui nous ont inspiré le sujet de ce travail et de la complaisance avec laquelle il nous en a fourni les éléments nécessaires.

Notre quatrième année d'internat s'est passée auprès du Dr Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Tenon. Nous nous efforcerons dans l'exercice ultérieur de notre profession de nous rapprocher du mieux que nous pourrons du modèle que nous a donné cet excellent maître ; clinicien consommé, d'une bonté et d'une douceur parfaites pour ses malades, il est également opérateur brillant et sûr ; la précision de ses opérations, la minutie de son antisepsie ont fait sur nous grande impression. En outre, M. Marchant ne s'est pas montré seulement pour nous le maître qui enseigne, mais aussi l'ami qui conseille ; qu'il nous soit permis de lui exprimer ici en toute sincérité, toute la gratitude que nous avons pour lui.

Dans le cours de la même année, M. le Dr Boissard, accoucheur des hôpitaux, a bien voulu nous agréer pendant quelque temps comme interne dans sa Maternité de Tenon ; nous n'oublierons jamais le maître bienveillant, patient et aimable qui nous a appris l'art des accouchements, mais nous regretterons toujours que le temps passé à ses côtés se soit enfui si vite.

Nous prions aussi tous ceux qui, à des titres divers, ont été

nos maîtres dans les hôpitaux, ou nous ont témoigné en d'autres circonstances leur intérêt et leur bienveillance, de bien vouloir agréer ici nos plus sincères remerciements, en particulier MM. les D^{rs} Rochard, Potherat, J.-L. Faure, Demoulin, Thiéry, Rieffel, Gilles de la Tourette, Tapret, Legueu, Arrou.

Tous nos remerciements à notre excellent ami Macaigne, chef du Laboratoire des Hôpitaux, qui nous a enseigné la bactériologie et à notre ami de vieille date, le D^r Ad. Caron, du Hayre, dont les affectueux conseils nous ont été si utiles.

Notre passage dans l'internat a été aussi pour nous l'occasion de contracter quelques sincères et solides amitiés : nous souhaitons que nos amis conservent de nous le souvenir que nous conserverons d'eux.

Exposé du sujet.

Pendant l'année 1897 que nous avons passée comme interne dans le service du docteur Just Lucas-Championnière, nous avons eu l'occasion de voir notre maître opérer la cure radicale de douze hernies crurales. En outre de ces opérations pratiquées sous nos yeux et avec notre assistance, il nous a été aussi donné de revoir, au cours de cette année, plusieurs anciens opérés qui, tous, se déclaraient enchantés de l'intervention.

Le procédé opératoire de notre maître nous avait vivement frappé par sa précision et sa logique et à chaque nouvelle intervention, nous voyions se confirmer de plus en plus les notions qu'il avait bien voulu nous exposer sur la hernie crurale et son procédé opératoire particulier.

Nous nous étions alors livré à quelques recherches sur ce sujet et nous n'avions nulle part trouvé exposé d'une manière complète le manuel opératoire que nous lui voyions employer.

Dans son traité sur la « Cure radicale des Hernies » paru en 1892, M. Championnière, à propos de la hernie crurale, insiste sur certains points concernant la dissection du sac, mais passe un peu rapidement sur la deuxième partie de l'intervention, c'est-à-dire sur la restauration, l'oblitération des orifices et du canal herniaires. Il nous a semblé, avec l'assentiment de notre maître, qu'il serait intéressant d'exposer de nouveau ce procédé avec quelque détail et aussi de nous enquérir des résultats éloignés de ces cures radicales. Tel sera donc le sujet de notre thèse.

Dans la « Cure radicale des Hernies » de 1892, figure une

statistique intégrale portant sur 275 opérations de hernies, dans laquelle nous avons relevé 18 cas de cure radicale de hernies crurales. Nous avons, grâce aux documents et aux observations que M. Championnière a bien voulu nous communiquer, continué cette statistique jusqu'à ces derniers temps, et porté ainsi à 63 le nombre des opérations de ce genre faites par lui jusqu'à ce jour.

Sans vouloir anticiper sur ce que nous dirons ultérieurement au sujet de l'anatomie pathologique de ces hernies, nous devons cependant dire dès à présent que ce procédé s'applique aux hernies dites *complètes* et de moyen volume, les plus fréquentes d'ailleurs. Les grosses hernies crurales, très rares du reste, sont justiciables d'autres procédés dans le détail desquels nous n'avons pas à entrer (1).

Nous ne reprendrons pas non plus l'histoire ni l'exposé des divers procédés opératoires employés dans ces dernières années. Ce ne serait que répéter ce qui a été fait ailleurs dans les divers traités de chirurgie et dans des thèses et travaux récents (2).

Nous ne ferons qu'exposer en détail le procédé du D^r Just Lucas-Championnière, incomplètement décrit ou passé sous silence jusqu'alors, et ses résultats éloignés.

Pour l'intelligence de la description du manuel opératoire, nous croyons devoir dire auparavant quelques mots sur cer-

(1) Voir : SALZER, Ein Vorschlag zur radical Heilung grosser Cruralhernien. *Centralbl. für Chir.*, Leipzig, 1892, XIX, n° 33, 665-669.

POULLET, Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse. *Gazette des hôpitaux*, 3 nov. 1896.

GESLAND, De la myoplastie dans la cure radicale de la hernie crurale. Th. Paris, 1897.

(2) BERGER, in *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI.

JABOULAY, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VII.

DEMIRLEAU, *Les procédés modernes de cure radicale de la hernie crurale*. Th. Paris, 1898.

DELAGÉNIÈRE H., *Archives provinciales de chirurgie*, 1^{er} fév. 1896, p. 61.

STINSON, The radical cure of femoral hernia. *Medical Record*, 1896, 5 déc.

tains points de l'anatomie de la région et de l'anatomie pathologique de la hernie crurale.

Notre travail sera donc ainsi divisé :

Anatomie de la région crurale.

Pathogénie et anatomie pathologique de la hernie crurale.

Observations et statistique.

Enfin, on trouvera à la fin de notre thèse une figure, dessinée d'après nature et représentant très clairement la disposition des parties telles que nous les décrivons au cours de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie.

Dans ce chapitre, nous nous proposons de décrire rapidement la configuration anatomique de la région du triangle de Scarpa ; puis nous insisterons un peu plus sur certains points particuliers, concernant surtout l'arcade crurale et le fascia crébriforme, dont la description exacte nous sera d'un précieux secours lorsque nous exposerons le manuel opératoire.

On sait combien controversée est encore la conception anatomique de cette région, en particulier sur ce point : Existe-t-il ou non un canal crural ? Loin de nous l'idée de vouloir trancher le débat. D'ailleurs peu nous importe en ce qui concerne l'anatomie *normale* de la région, qu'il y ait ou non un canal, puisque, ainsi que nous le verrons plus tard, la hernie crurale une fois constituée implique l'existence d'un canal qu'elle a créé. En effet, Gegenbaur (1) ne dit-il pas : « D'après nous, *il n'existe pas normalement de canal crural*, mais ce canal se forme lorsqu'il se produit une hernie fémorale. »

Peau, couches sous-cutanées. — Lorsque l'on considère la région anatomique qui unit la partie inféro-latérale de l'abdomen à la partie supérieure de la cuisse, on voit qu'il existe là deux plis cutanés :

L'un supérieur ou pli de l'aine, correspondant d'après Richet (2) à l'arcade crurale, marque l'union de ces deux ré-

(1) GEGENBAUR, *Traité d'anatomie humaine*, 1889, p. 490.

(2) RICHTER, *Anatomie chirurgicale*, 5^e édit., 1877, p. 1164.

gions. Il est, d'après Poirier (1), oblique à 30 ou 35° dans les bassins plats, à 50 ou 55° dans les bassins hauts. Le premier de ces types est ordinairement celui de la femme, le second celui de l'homme. Ce pli ne s'efface jamais, même dans l'extension complète de la cuisse, car la partie profonde de la peau correspondante adhère aux parties sous-jacentes. Pétrequin (2) dit à ce sujet : « La peau est fixée par quelques brides entourant l'épine et la crête iliaques ; mais son adhérence est surtout prononcée en dedans ; j'ai découvert vers la symphyse pubienne une expansion à fibres rayonnantes, de nature cellululo-fibreuse, qui s'implante sur le pubis et y fixe immédiatement la peau ; je l'appelle *ligament cutané* ou *suspenseur du pli de l'aîne*. »

L'autre, inférieur au premier, est le *pli articulaire* ou *de flexion* ; il n'apparaît que dans la flexion de la cuisse sur l'abdomen. Il se confond en dedans avec le précédent, mais vient au dehors aboutir dans l'intervalle qui sépare l'épine iliaque du grand trochanter (Richet).

« La peau est fine et souple ; elle glisse facilement sur les parties sous-jacentes, surtout en dedans ; elle est recouverte dans les deux tiers internes de poils de même aspect que ceux de la région pubienne. Chez les multipares, elle est souvent vergetée. Comme la peau du scrotum et des grandes lèvres, elle est riche en glandes sébacées et sudoripares » (Blaise) (3).

Au-dessous de la peau, on trouve le tissu cellulaire sous-cutané, puis le *fascia superficialis*, séparé par une mince couche celluleuse de l'aponévrose fémorale sous-jacente.

La limite supérieure de la région qui nous intéresse est constituée par la partie interne de l'arcade crurale qui, en même temps, forme le plancher du canal inguinal.

(1) POIRIER, *Traité d'anatomie humaine*, t. II, p. 480.

(2) PÉTREQUIN, *Anatomie médico-chirurgicale*, 1844.

(3) BLAISE, *Canal inguinal chez l'adulte*. Th. Paris, 1894, p. 17.

Arcade crurale. — L'arcade crurale (ligament de Fallope, ligament de Poupart, arcade fémorale, ligament inguinal externe) est une bande fibreuse qui s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne. On donne généralement comme coordonnées anatomiques de cette arcade une ligne droite reliant ces deux points osseux dont la distance, suivant Poirier, est de 11 à 13 centimètres chez l'homme, de 12 à 14 chez la femme.

Mais cette arcade n'est pas absolument droite ; elle suit une ligne légèrement ondulée, en forme d'S couché. De l'épine iliaque à l'épine pubienne, elle contourne la partie saillante du psoas iliaque et s'unit intimement à son aponévrose d'enveloppe (fascia iliaca) en formant avec elle un raphé fibreux fermant ainsi la cavité abdominale. Elle quitte cette aponévrose à son point culminant et passe en pont par dessus les vaisseaux fémoraux pour aller se fixer à la crête pectinéale et à l'épine du pubis. Cette seconde partie de l'arcade, qui en comprend les deux tiers internes, est convexe en bas, à cause de la traction qu'exerce sur elle l'aponévrose fémorale soudée à sa lèvre antérieure. *Sur tout son trajet, l'arcade crurale, au lieu d'être un bord libre se continue avec l'aponévrose fémorale.*

On tend à considérer maintenant l'arcade crurale comme constituée essentiellement par les fibres tendineuses du grand oblique auxquelles viennent se joindre des fibres accessoires émanant des aponévroses voisines et non plus comme un ligament particulier. Les fibres du grand oblique, constitutives de l'arcade, ne vont pas toutes se fixer à l'épine pubienne, mais une petite partie d'entre elles, très obliques en bas et en dedans, qui à ce niveau semblent s'enrouler en spirale et d'avant en arrière autour d'une corde fictive tendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne, comme le dit

Blaise (1), rencontre l'aponévrose du pectiné et remonte un peu accolée, avec elle, pour aller s'insérer à la crête pectinéale ou un peu en deçà, à 4 ou 5 millimètres (Robin [2], Nicaise [3]). C'est cette portion réfléchie du grand oblique que l'on appelle *ligament de Gimbernat*. D'ailleurs cet anatomiste en faisait une portion du tendon du grand oblique et Nicaise proposa de l'appeler faisceau pectinéal du grand oblique.

Anneau crural. — L'arcade crurale détermine ainsi avec le bord antérieur du bassin une vaste ouverture par où passent de l'abdomen dans la cuisse les muscles et les vaisseaux et nerfs. Cette ouverture rappelle grossièrement par sa forme un segment de cercle dont l'arcade crurale serait la corde. Elle est divisée en deux par la bandelette ilio-pectinée qui est constituée par la partie interne de la gaine du psoas ou fascia iliaca, qui, issue de l'éminence ilio-pectinée, se dirige en dehors pour se confondre avec l'arcade crurale au point où celle-ci va cesser de lui être adhérente. Ainsi se trouvent déterminées deux loges, une externe, ovale, remplie par le psoas iliaque et une interne, destinée aux vaisseaux. Cette dernière est l'anneau crural.

« L'anneau crural, dit Tillaux (4), a la forme d'un triangle dont la base est en avant et le sommet en arrière. Il est plus large chez la femme que chez l'homme. » Cela tient aux dimensions transversales du bassin plus considérables chez la première, car « l'anneau crural s'allongeant dans le sens transversal, l'espace compris entre le ligament de Gimbernat et les vaisseaux cruraux s'agrandit de tout cet allongement, puisque les vaisseaux conservent le même calibre et offrent

(1) BLAISE, *Loco citato*, p. 26.

(2) ROBIN CH. PH., *Anat. chirurg. de la région de l'aîne*. Th. Paris, 1846.

(3) NICAISE, *Arch. gén. de méd.* (juillet-déc. 1866) et *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1889.

(4) TILLAUX, *Traité d'anat. topographique*, 5^e éd. Paris, 1887, p. 672.

même dans le sexe féminin un calibre un peu moins considérable. Ainsi s'explique la fréquence des hernies crurales et la rareté des hernies inguinales chez la femme, la rareté des premières et la fréquence des secondes chez l'homme (Sappey) (1).

Les dimensions de l'anneau crural sont de 4 à 5 centimètres à sa base, d'après Tillaux.

D'après ce qui précède, l'anneau crural se trouve dans un plan à peu près *horizontal* quand le sujet est debout, et au contraire à peu près *vertical* lorsqu'il est couché.

Il présente à considérer trois bords et trois angles.

Le bord antérieur est constitué par l'arcade crurale qui, à ce niveau, représente une gouttière formée par la réunion des fibres du grand oblique avec celles du fascia transversalis. Cette gouttière repliée en crochet (Graser) est la paroi ou bord inférieur du canal inguinal ; en effet, elle forme là un angle presque aigu à sommet dirigé en bas, sur lequel vient s'insérer l'aponévrose fémorale qui, comme nous l'avons déjà vu, tend l'arcade et la force à s'infléchir légèrement en bas (Poirier) (2). Dans cet angle repose chez l'homme le cordon et chez la femme le ligament rond, entourés d'une mince couche celluleuse.

Le bord postéro-externe est formé par le muscle psoas iliaque recouvert de son aponévrose.

Le bord postéro-interne est formé par le pectiné et l'aponévrose pectinéale.

Des trois angles, l'externe, aigu, est rempli par du tissu cellulaire et de la graisse.

Le postérieur répond à la rainure qui sépare le pectiné du psoas et loge la veine fémorale.

L'interne, le plus important, est occupé par le ligament de

(1) SAPPEY, *Traité d'anat. descript.*, t. II, p. 236, 4^e éd. Paris, 1888.

(2) POIRIER, *loc. cit.*, fig. 288, p. 490.

Gimbernât, précédemment décrit, qui émousse cet angle et rétrécit notablement l'anneau. Triangulaire aussi, le ligament de Gimbernât est presque horizontal, très légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Son bord antérieur se continue avec l'arcade ; son bord postérieur se fixe à l'aponévrose du pectiné et son bord externe est libre. C'est le plus important : concave, tranchant, ce bord s'étend jusqu'à 25 ou 30 millimètres en dehors de l'épine pubienne sur la crête pectinéale (Blaise) (1), rétrécissant d'autant l'anneau. Sa consistance et son épaisseur varient, mais il est constant.

L'anneau crural livre passage aux vaisseaux fémoraux qui longent son bord externe : l'artère en dehors, la veine accolée à l'artère est en dedans et un peu en arrière d'elle. En dedans de ces deux vaisseaux sont des ganglions lymphatiques et du tissu cellulo-adipeux. C'est par cette partie interne de l'anneau que passent dans la presque totalité des cas les hernies crurales. Cette partie interne de l'anneau crural, occupée par du tissu cellulo-adipeux et des ganglions lymphatiques parmi lesquels un, quelquefois plus volumineux que les autres, a reçu le nom de ganglion de Cloquet, est fermée du côté de l'abdomen par le *septum crurale*, découvert et décrit par Cloquet et ainsi défini par lui « cloison membraneuse qui s'oppose à la formation des hernies et à l'introduction du doigt ». On a discuté sur l'origine et la nature de cette cloison, mais son existence seule nous importe, d'où qu'elle provienne. Derrière ce septum, du côté de l'abdomen, on trouve encore les couches suivantes, d'après Tillaux (2) : 1° une lamelle fibreuse provenant de la condensation de la partie la plus extérieure du tissu sous-péritonéal, le *fascia propria* d'A. Cooper ; 2° une couche cellulo-graisseuse sous-péritonéale ; 3° le péritoine.

(1) BLAISE, *loc. cit.*, p. 27.

(2) TILLAUX, *loc. cit.*, p. 674.

Le septum crurale est traversé par les lymphatiques qui se portent de la cuisse dans la fosse iliaque.

Région crurale. — Dans la cuisse, au-dessous de l'anneau crural et lui faisant suite, se trouve une région, affectant la forme d'une pyramide triangulaire à base supérieure, à arête postérieure et à sommet tronqué inférieur, qui sert de lit aux vaisseaux fémoraux. Son axe n'est pas tout à fait rectiligne, mais décrit une légère courbure à concavité antérieure, embrassant l'arcade crurale.

Nous connaissons la base de cette pyramide ; c'est l'anneau crural que nous venons de décrire. A chacun des bords de cet anneau correspond une face qui le prolonge.

La face antérieure est formée par l'aponévrose fémorale qui s'insère en haut sur le bord de l'arcade crurale, ainsi que nous l'avons vu. Latéralement cette aponévrose se continue avec celle du muscle psoas iliaque en dehors et en dedans avec celle du pectiné. Elle est recouverte par des ganglions lymphatiques superficiels qu'elle sépare des ganglions profonds situés dans l'anneau crural ; elle est par conséquent traversée par les troncs lymphatiques qui réunissent ces ganglions et qui la perforent d'un certain nombre de trous, à la manière d'un crible, d'où le nom de *fascia crebriformis* que lui a donné Hesselbach. On réserve surtout ce nom d'ordinaire à la partie sus-jacente à la loge lymphatique. D'après Tillaux, les lymphatiques adhèrent au pourtour de ces trous.

A la pointe de cette face, se trouve un orifice par lequel passe la veine saphène interne, sous-cutanée dans presque tout son trajet, pour se jeter dans la veine fémorale. Ce trou est ovalaire et à son pourtour la veine adhère assez fortement pour rejeter en avant et en haut le sac herniaire qui tendrait à s'y engager.

Au-dessous de la saphène, dans son angle d'union avec la fémorale, passe un repli aponévrotique, dépendant de l'apo-

névrose du pectiné et se continuant avec le ligament de Gimbernat en haut. Ce repli est falciforme, tranchant, à concavité supérieure. Il rattache le fascia crébriforme à l'aponévrose du pectiné. Décrit successivement par Burns et Hey, on l'appelle indifféremment *repli d'Allen Burns* ou *ligament de Hey*. Il joue quelquefois un certain rôle dans l'étranglement de la hernie crurale. Cette face antérieure d'aspect cellulo-fibreux est d'une épaisseur assez notable, variant d'ailleurs avec les sujets.

La face externe est formée par la gaine du psoas iliaque, ou fascia iliaca.

La face interne est formée par l'aponévrose du pectiné, se terminant en haut sur la crête pectinéale, recouverte par l'épais ligament sus-pubien d'Astley Cooper qui émousse la crête du pubis, si tranchante sur le squelette.

Les trois angles ne présentent rien de spécial.

Le sommet, tronqué, se continue en bas avec la gaine fibreuse commune aux vaisseaux fémoraux. Ces vaisseaux occupent de la base au sommet la partie externe de cette pyramide; la partie interne est occupée par des ganglions lymphatiques et du tissu cellulo-graisseux.

Les notions d'anatomie que nous venons d'exposer répondent à la réalité des faits et sont admises par tous les auteurs. On remarquera d'ailleurs que nous avons évité le plus soigneusement possible au cours de notre description, d'employer des dénominations contestées, telles que celle de canal, par exemple.

Nous ne sommes pas éloigné d'ailleurs de penser avec Sébilleau (1) qu'au sujet de la question de l'existence ou de

(1) SÉBILLEAU, L'anneau crural et le canal crural. Conférence faite à Clamart. In *Gazette médicale de Paris*, n° 2, 10 janvier 1894.

l'absence d'un canal crural à l'état normal, la querelle porte surtout sur des mots et des différences d'interprétation et nous nous rallions à son opinion qu'en réalité et normalement il n'existe pas de canal crural à proprement parler.

En effet, un canal a deux orifices et un trajet. L'orifice supérieur est oblitéré en dedans des vaisseaux par le péritoine et le *septum crurale* ; il n'existe donc pas. Le trajet, n'existe pas non plus, car on ne peut séparer la loge lymphatique remplie de petits ganglions et de tissu cellulo-graisseux de la loge veineuse et de la loge artérielle, car il n'y a aucuns éléments, aucunes cloisons qui les isolent et les séparent.

Quant à l'orifice inférieur, quel est-il ? Tous les trous du fascia crébriforme, y compris celui de la saphène, sont remplis par des vaisseaux qui adhèrent à leur contour. Nous avons du reste vu que Tillaux admettait une adhérence des parois de la saphène à son orifice, tellement solide, qu'elle fermait aux hernies le chemin de la cuisse et les repoussait en avant. Serait-ce le sommet de l'entonnoir ou de l'infundibulum crural de certains auteurs ? Mais ce sommet est fermé et Tillaux fait observer à juste titre qu'un entonnoir est forcément ouvert aux deux bouts.

Nous ne pouvons donc concevoir un canal qui n'a ni orifices, ni trajet et nous comprenons très bien que cette expression de canal crural soit fortement discutée en anatomie normale par certains auteurs.

Nous n'entrerons pas dans les discussions qui s'élèvent encore au sujet de savoir ce que l'on doit exactement entendre par *anneau crural*. Est-ce l'anneau crural tel que nous l'avons décrit selon J. Cloquet, Béchard, Manec, Bérard, Malgaigne, Tillaux, ou bien seulement la partie interne ou lymphatique de cet anneau suivant Scarpa, Richet et d'autres encore ? Peu nous importe. Nous ferons remarquer seulement que, dans l'immense majorité des cas, la hernie crurale s'engageant dans

la partie interne de l'anneau, c'est cette dernière seule qui devient intéressante pour nous au point de vue chirurgical. Au cours des chapitres suivants, c'est cette partie de l'anneau que nous aurons en vue lorsque nous dirons anneau crural et ce sera pour éviter de dire, pour plus de commodité, partie interne ou lymphatique de l'anneau crural.

Notre anneau crural chirurgical, sensiblement vertical sur le sujet couché dans le décubitus dorsal, qui est l'attitude du malade au cours des opérations sur la hernie crurale, se trouvera donc ainsi limité : en haut, l'arcade crurale ; en dedans, le ligament de Gimbernath et la crête pectinéale ; en dehors, la veine fémorale.

Si l'on veut bien nous permettre une comparaison qui nous servira plus tard, nous dirons que l'anneau crural, forcé par une hernie représente une porte ouverte faisant communiquer l'abdomen avec la région supérieure de la cuisse. Le linteau de cette porte est l'arcade crurale ; le chambranle ou montant interne est le bord externe du ligament de Gimbernath ; le chambranle externe est la veine fémorale ; le seuil est constitué par la crête pectinéale et la partie supérieure du pectiné et son aponévrose.

Au linteau de cette porte, et s'étendant horizontalement au devant et au-dessus d'elle, vers la cuisse, se trouve attaché un store représenté par le fascia crébriforme inséré au bord de l'arcade crurale.

CHAPITRE II

Pathogénie. — Anatomie pathologique.

Nous ne dirons rien de l'étiologie de la hernie crurale que l'on trouvera exposée d'une façon complète dans tous les ouvrages de chirurgie. Nous ferons seulement remarquer que tous les auteurs s'accordent pour la décrire comme une affection de l'âge adulte essentiellement. Gosselin (1) dit même : « on n'observe pas la hernie crurale dans l'enfance ». Berger (2) les dit exceptionnelles à cet âge et rapporte un cas de hernie crurale chez le fœtus d'après Elisabeth Cushier (3). Cependant l'un des cas figurant dans notre statistique sous les numéros 26-370 concerne un petit garçon de six ans opéré par Championnière.

Nous allons étudier maintenant la formation, l'évolution d'une hernie crurale.

Nous ne décrirons à ce point de vue que les hernies que Velpeau nommait *hernies crurales moyennes*, hernies qui s'engagent dans la loge lymphatique, par opposition à celles qui s'engagent dans la gaine des vaisseaux, en dehors de l'épigastrique (*hernies crurales externes ou d'Arnaud*) et à celles qui traversent le ligament de Gimbernat (*hernies crurales internes ou de Laugier*). Ces hernies moyennes sont de beaucoup les plus fréquentes, à tel point que nombre d'auteurs les nomment *hernies crurales communes*.

(1) GOSSELIN, *Leçons sur les hernies abdominales*, recueillies par L. LABBÉ. Paris, 1865, p. 398.

(2) BERGER, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VI, p. 750, 1892.

(3) ELISABETH M. CUSHIER, *Medical Record*. New-York, 1892, t. XLI, p. 471.

Au cours de son évolution la hernie crurale parcourt plusieurs stades.

1^{er} STADE. — Du côté de l'abdomen l'anneau crural est fermé par le septum crurale recouvert du péritoine doublé d'une couche graisseuse plus ou moins abondante. Quelquefois, quelques-uns des lobules graisseux de cette couche sous-péritonéale s'hypertrophient, s'engagent dans l'anneau et entraînent avec eux le péritoine qui se creuse à ce niveau (Velpeau, Tillaux, Championnière) déterminant ainsi la formation de la *fossette crurale* qui n'existe pas normalement. L'intestin ou l'épiploon viennent presser sur cette fossette, dépriment le septum crurale et tendent à s'engager dans l'anneau. Quelquefois, c'est la pression seule des viscères qui détermine cette dépression.

2^e STADE. — L'intestin refoulant devant lui le péritoine, doublé ou non du septum crurale qui se laisse refouler ou perforer, continue à progresser de haut en bas dans la loge lymphatique.

« Une fois introduit dans la loge lymphatique, dit Richet (1), il descend sans difficultés jusqu'à l'embouchure de la saphène, occupant ainsi tout l'entonnoir, de sa base à son sommet. »

Parvenue à ce degré, la hernie n'a aucune tendance à s'étrangler, car l'ouverture de l'anneau, plus large que le fond du sac herniaire laisse un libre passage aux viscères.

3^e STADE. — Mais, dit encore Richet, « une fois installé dans cette loge infundibuliforme qu'il s'est créée et qui ressemble assez bien à la cavité d'un dé à coudre, l'intestin fait effort sur toutes les parois à la fois et si la force qui tend à le chasser au dehors est supérieure à la résistance de l'une d'elles, il sortira de l'entonnoir pour se porter dans une autre direction ».

(1) RICHET, *loc. cit.*, p. 1191.

Cependant, pendant cette période et avant d'avoir perforé ou refoulé une des parois, l'intestin, sous l'influence des pressions qu'il exerce sur toute la périphérie du sac, refoule les tissus qui l'entourent et tend de plus en plus à agrandir la loge lymphatique.

La paroi la plus prédisposée à céder est la paroi antérieure, constituée par le *fascia crebriformis*, qui est la moins résistante.

Elle se laissera refouler ou déchirer par le sac herniaire auquel elle livrera ainsi passage pour sortir de la gaine lymphatique.

« Dès qu'il est sorti de l'infundibulum, l'intestin n'éprouve qu'une résistance médiocre de la part de la couche profonde du *fascia superficialis*. Il s'étale alors et forme une tumeur arrondie située au-dessous de l'arcade crurale vers l'épine pubienne et d'un volume qui ne dépasse pas habituellement celui d'une noix ou d'un gros marron. »

« Dans un dernier degré auquel il n'est pas très fréquent de le voir parvenir, l'intestin se porte en dehors et en haut, vers l'épine iliaque antérieure parallèlement et au-dessous de l'arcade crurale, entre elle et ce pli qui ne doit pas être confondu avec celui de l'aîne et qui résulte de la flexion de la cuisse sur l'abdomen » (Richet).

Scarpa avait attribué cette progression du sac en haut à la flexion répétée du membre inférieur. Richet pense qu'elle est due plutôt aux conditions anatomiques, car en dedans et en bas existent des adhérences très intimes de la couche sous-cutanée à l'aponévrose, disposition qu'on ne retrouve pas en dehors.

Telles sont les différentes étapes successives parcourues par la hernie. On les a définies par des dénominations particulières. Ainsi on a appelé *pointe de hernie* celle qui commence à refouler le septum crurale ; *hernie interstitielle*, celle qui oc-

cupe la loge lymphatique et *hernie complète* celle qui s'échappe par un orifice du fascia crébriforme et qui a une portion sous-cutanée.

Hernies anormales. — En dehors de cette évolution pour ainsi dire *normale* de la hernie, on observe quelquefois, mais d'une façon tout à fait exceptionnelle des hernies qui se comportent différemment. Nous ne ferons que les énumérer. Ce sont en plus des hernies internes et externes déjà définies :

1° LA HERNIE PECTINÉALE, qui, après avoir passé par le stade interstitiel de la hernie commune, au lieu de s'engager en avant à travers le fascia crébriforme, perfore en arrière et en dedans l'aponévrose du pectiné et s'insinue entre cette dernière et le muscle.

2° LA HERNIE D'HESSELBACH, qui, comme la précédente, passe d'abord par le stade interstitiel, puis perfore le fascia crébriforme en plusieurs points à travers lesquels le sac émet plusieurs diverticules.

3° LA HERNIE D'A. COOPER, qui se comporte comme la hernie commune, à cette différence près que le sac envoie un diverticule à travers le fascia superficialis.

4° LES HERNIES CRURO-PROPÉRITONÉALES, dans lesquelles le sac émet un diverticule qui plonge dans le bassin sous le péri-toine.

Nous venons de voir l'évolution et la formation de la hernie commune. L'axe du sac s'est successivement dirigé dans le premier stade suivant l'axe de la loge lymphatique qu'il a agrandie ; dans un deuxième degré, il s'est dirigé en avant directement, perforant le fascia crébriforme ; enfin, dans un troisième stade, il s'est porté en haut et en dehors décrivant ainsi une courbe que Richet a comparée à celle de l'aiguille

à ligature dite de Deschamps, embrassant dans sa concavité l'arcade crurale.

Cette évolution de la hernie crurale est admise par tous les auteurs : Gosselin, Berger, Tillaux, Wood (1) la décrivent telle que nous venons de le faire.

La hernie crurale complète ainsi constituée crée donc un véritable canal dans la région que nous avons décrite dans le premier chapitre de ce travail. Comme nous le disions précédemment, un canal doit avoir un trajet compris entre deux orifices et c'est ce que nous observons dans la hernie qui nous occupe. L'orifice supérieur, répond à l'anneau crural ; le trajet, constitué par le sac, s'étend dans la loge lymphatique et aboutit à l'orifice inférieur représenté par l'anneau du fascia crébriforme, par lequel le sac a passé pour devenir sous-cutané. Nous serons donc autorisé à dire que, quelle que soit l'opinion que l'on ait au sujet de l'existence du canal crural en anatomie normale, il est indiscutable que ce canal existe quand il y a une hernie crurale complète. C'est l'opinion de beaucoup d'auteurs, parmi lesquels Gegenbaur et Wood. Ce dernier, dans son ouvrage, donne même une figure (2) représentant le canal crural herniaire se continuant avec le sac sous-cutané.

Gosselin (3) fait remarquer à ce sujet que « le trajet de la hernie crurale ordinaire n'est pas aussi indiqué et aussi préparé à l'avance que celui de la hernie inguinale et que l'anneau crural normal, comparable à l'orifice supérieur du canal inguinal est le seul point de ressemblance que présentent les deux trajets herniaires ».

« Lorsqu'il existe une distance réelle entre un orifice supérieur et un inférieur, alors ce n'est pas un canal fibreux natu-

(1) WOOD, *Hernia and its radical cure*, London, 1886, p. 6.

(2) WOOD, *loc. cit.*, fig. 48, p. 4.

(3) GOSSELIN, *loc. cit.*, p. 390 et sq.

rel que la hernie a parcouru, c'est un canal accidentel qu'elle s'est créé elle-même. »

« Dans la hernie crurale en un mot, les viscères en descendant créent le trajet et l'ouverture bien plus que ne le fait la hernie inguinale. »

Nous connaissons l'orifice supérieur déjà précédemment décrit. Nous savons que c'est le plus large et que, de par la nature de sa constitution il est toujours fixe et invariable dans ses diamètres ; on ne peut prendre en sérieuse considération les insignifiantes modifications momentanées que pourraient à la rigueur lui faire subir le gonflement de la veine fémorale ou les mouvements d'extension forcée de la cuisse sur le bassin, comme le voulait Scarpa.

Le sac, en s'engageant dans la loge lymphatique, refoule et écarte le tissu ambiant composé de vaisseaux et de ganglions emballés dans du tissu cellulo-graisseux et il acquiert un certain volume avant de perforer le fascia crébriforme. Lorsqu'il a franchi ce fascia, le tissu dépendant de cette aponevrose qui entoure le sac, se modifie à cause des irritations mécaniques qu'il subit et il devient fibreux. Il se produit une espèce de feutrage. Gosselin (1) insiste beaucoup sur cette transformation, qui fait que le sac est entouré d'un anneau circulaire fibreux, indépendant et distinct de l'anneau crural anatomique (Voir notre figure, C D).

Richet (2) insiste également sur cette disposition.

Mais il n'y a pas que l'anneau du crébriforme qui subisse cette transformation, car, pendant que le sac, engagé dans la loge lymphatique la distend et presse sur ses parois, la partie du fascia crébriforme qui le recouvre (Voir notre figure A C) est aussi irritée par le même mécanisme et subit la transformation fibreuse. On pourrait encore ajouter à cela les frottements que fait subir à cette région le port d'un ban-

(1) GOSSELIN, *loc. cit.*, p. 414.

(2) RICHET, *loc. cit.*, p. 1194.

dage soit à cette période de la hernie, soit plus tard et qui agissent d'avant en arrière, comme le sac le fait d'arrière en avant. Il s'ensuit que le fascia crébriforme situé au devant de la hernie, présente dans toute l'étendue correspondante la transformation fibreuse. C'est ce qu'a constamment observé notre maître Championnière. Le store tendu au devant de notre porte et attaché à son linteau est donc une lame fibreuse solide.

Étranglement. — L'anneau du fascia crébriforme, ainsi inextensible et rigide est généralement d'un diamètre plus restreint que celui de l'anneau crural : l'orifice inférieur du canal crural herniaire est plus petit que l'orifice supérieur. C'est à ce niveau que se produit souvent l'étranglement ainsi que l'admettent Gosselin et Richet.

Richet (1) s'exprime ainsi : «... l'étranglement, quelle que soit d'ailleurs l'idée qu'on se fasse de sa nature et de sa cause, n'existe pas à l'anneau crural, ainsi qu'on l'a cru longtemps »

« Après le débridement et la réduction de l'intestin, on croit avoir porté le bistouri sur le contour de l'entonnoir, alors qu'on n'a divisé que le collet du sac et le fascia crébriforme.... »

« Velpeau, qui le premier a attiré sur ce sujet l'attention des médecins a prouvé cliniquement depuis plus de quinze ans que le débridement pratiqué au niveau de la lame criblée suffisait toujours pour lever l'étranglement et pour mon compte depuis quatorze ans je n'ai jamais agi autrement.... »

« Dans l'immense majorité des cas, c'est donc au niveau du fascia crébriforme que siège l'étranglement, qu'il soit produit d'ailleurs par le sac ou le contour fibreux d'une des ouvertures de la lame criblée ; mais il ne peut être produit

(1) RICHET, p. 1193 et sqq.

par la constriction de ce que l'on appelait autrefois l'anneau crural, alors même qu'il a lieu exceptionnellement à ce niveau. »

Gosselin (1) dit d'autre part : « Ce qui m'a frappé surtout, c'est la fréquence des cas dans lesquels je sentais avec mon doigt, une fois la réduction obtenue, un anneau circulaire résistant, appartenant à autre chose qu'au sac herniaire, là où l'anatomie normale ne m'en avait montré aucun. Cet anneau était un des orifices, devenu fibreux, du fascia crébriforme ».

Edebohls (2), Bassini (3) disent également que « le point de constriction dans la hernie crurale étranglée ne siège pas à l'orifice supérieur, mais plutôt près de l'extrémité externe du canal fémoral ».

Championnière a également observé que l'étranglement siégeait le plus souvent à ce niveau et dans les quelques cas que nous avons eu l'occasion d'observer, il en était de même.

Nous avons parlé du trajet de la hernie constituant entre les deux orifices le canal crural pathologique. Nous ferons remarquer que les deux anneaux ne sont pas dans le même plan (voir notre figure) ; tandis que l'anneau crural, profond, (A B) est sensiblement vertical, l'anneau superficiel, celui du fascia crébriforme, lui, est au contraire sensiblement horizontal (C D) d'où la direction du trajet suivant la courbe d'une aiguille de Deschamps, selon la comparaison déjà connue de Richet.

A la partie supérieure du premier, c'est-à-dire au bord de l'arcade crurale est inséré le fascia crébriforme devenu fibreux, dans lequel, plus bas, s'ouvre l'orifice inférieur à contour

(1) GOSSELIN, *loc. cit.*, p. 412.

(2) EDEBOHLS, *The inguinal operation for femoral hernia*. Post Graduate, february, 1897.

(3) E. BASSINI, *Neue Operations methode zur Heilung der Schenkelhernie*. *Archiv. für klin. Chir.*, XLVII, 1894, p. 1-25.

également fibreux. La *distance d'un anneau à l'autre et par suite la longueur du trajet est variable* suivant la plupart des auteurs. On admet généralement que ce trajet existe sur une certaine étendue dans les hernies récentes, alors que dans les hernies anciennes, par suite de l'élargissement progressif de l'anneau du crébriforme, il est réduit à une longueur pour ainsi dire virtuelle, de telle sorte que les deux orifices en arrivent presque à se confondre. Cette dernière disposition doit être bien rarement observée et dans les cas où l'anneau est élargi dans de telles proportions, la hernie acquiert presque toujours un volume assez considérable, ce qui la fait sortir du cadre des hernies justiciables du procédé dont nous parlons.

D'ailleurs, nous croyons qu'il y a là plutôt une question de volume qu'une question de temps, car Championnière a observé bon nombre de hernies anciennes, très anciennes même (voir notre tableau statistique) dans lesquelles l'orifice du fascia crébriforme était relativement petit.

Quoi qu'il en soit, *la longueur du trajet et par suite la distance des anneaux est plus considérable qu'on ne le dit généralement*. Ne dit-on pas, en effet, que la hernie crurale complète *remonte* vers l'arcade crurale après sa sortie du fascia crébriforme ? Et ne donne-t-on pas comme un des signes les plus caractéristiques et les plus fidèles de la hernie crurale, que c'est une tumeur siégeant *au-dessous* de l'arcade crurale ? Il faut donc bien dès lors que son pédicule siège sur le fascia crébriforme notablement au-dessous de l'arcade, puisque le sac, après avoir *remonté*, se trouve encore *au-dessous* de cette arcade. Il existe donc, ainsi que nous l'avons déjà dit, une bande fibreuse (A C sur notre figure) d'une certaine largeur, séparant le collet du sac (C D) issu du fascia crébriforme, du bord antérieur de l'arcade crurale. C'est ce que dit Wood (1) :

(1) Wood, *loc. cit.*, p. 64.

« Le sac siège finalement avec son fond placé au devant du ligament de Poupart et sur un plan plus superficiel et son collet *considérablement plus loin* et auprès de la veine fémorale. »

Cette disposition est d'ailleurs très nettement représentée dans une figure publiée par Kelly (1) dans son récent *Traité de gynécologie opératoire*.

L'existence du trajet est d'ailleurs bien établie. Nous voyons au cours d'une discussion sur la cure radicale de la hernie crurale qui eut lieu en 1892 à la Société de chirurgie de Paris (2) tous les auteurs qui y prirent part reconnaître l'existence de ce trajet. Marchand (p. 355) s'y exprime ainsi : « La seule ressource à laquelle on puisse recourir, c'est le rétrécissement du trajet intermédiaire aux deux anneaux, j'entends de l'espace qui sépare le véritable anneau crural de l'orifice fibreux creusé dans le fascia crébriforme altéré dans sa structure. »

Schwartz (*ibid.*, p. 356) dit : « je suture par le plus grand nombre de points de catgut ou de soie les parois du canal crural, de façon à le fermer le mieux possible. J'ai employé depuis un an une manière de faire qui consiste à remplir le canal, là où se trouve le ganglion crural profond, par un tampon de catgut très aseptique ».

Le sac de la hernie crurale complète est donc, ainsi que le dit Championnière (3) « toujours constitué au moins au point de vue opératoire, par deux portions également nécessaires à supprimer : la partie située en avant du fascia crébriforme et celle qui est située au-dessus. Le sac est ainsi constamment en forme de sablier ; toute opération, faite *exclusivement* sur la partie externe seule, est une opération *insuffisante* ».

(1) HOWARD A. KELLY, *Operative gynecology*, New-York, 1898, t. II, p. 490.

(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1892, t. XVIII, p. 352-359.

(3) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Cure radicale des hernies*, Paris 1892, p. 299.

La première ampoule du sablier est constituée par la partie sous-cutanée du sac, qui s'étend jusqu'à l'anneau du fascia crébriforme (au devant de C D, dans notre figure) ; la seconde ampoule est constituée par la partie du sac qui forme le canal crural herniaire (entre AB et CD) et qui s'étend de l'orifice de l'anneau du fascia crébriforme à celui de l'anneau crural. Il ne faudrait pas croire, en effet, que ce canal est régulièrement cylindrique, car nous avons vu la pression des viscères, alors que la hernie était encore interstitielle, refouler de toutes parts les parois du sac et l'agrandir aux dépens de la loge lymphatique. Cette partie du sac est donc assez volumineuse. Les deux ampoules communiquent au niveau de l'orifice du fascia crébriforme.

Il ne faut pas confondre cette disposition en sablier, avec celle décrite par Wood (1), dans laquelle l'apparence en sablier (hour-glass) était due à ce que le fond du sac superficiel était croisé en son milieu et de haut en bas, par des vaisseaux et nerfs qui le bridait et y déterminaient un sillon.

Anatomie pathologique du sac. — « Le sac, d'après Championnière (2), est tantôt d'une minceur telle qu'on a peine à le reconnaître, tantôt constitué par une paroi si solide qu'on a peine à le distinguer de son contenu. Dans le premier cas, c'est une mince feuille séreuse qui le constitue, dans le second, c'est une épaisse couche de tissu fibro-cellulaire, doublée d'un véritable sac de graisse. Si, dans un pareil cas, ce sac de graisse est encore adhérent à de l'épiploon contenu, ces parois deviennent presque impossibles à distinguer, sauf pour un œil exercé. Ce qui peut guider, c'est la face externe du sac, que la dissection devra toujours conduire jusqu'à l'orifice du fascia crébriforme sans abandonner le point de repère donné par l'orifice du fascia. C'est en ce point seulement qu'il est possi-

(1) WOOD, *loc. cit.*, p. 67.

(2) J. L. CHAMPIONNIÈRE, *loc. cit.*, p. 299.

ble de distinguer ce qui appartient au sac ou bien ce qui appartient au tissu cellulaire périphérique. On voit alors distinctement tout ce qui se glisse dans l'orifice et quand il a été méthodiquement ouvert, il est possible de suivre la face externe du prolongement du sac vers le ventre et de continuer à attirer au dehors tout ce qui forme la partie supérieure de ce sac. »

« On n'a pas seulement affaire tantôt à un sac mince, tantôt à un sac épais. Le sac de cette hernie est essentiellement irrégulier. En certains points, on peut le trouver d'une grande épaisseur ; en d'autres points, il est si mince qu'il ne suppose aucune traction. »

« On trouve en outre, dans ce sac irrégulier des diverticules, des vacuoles, qui ont moins d'ampleur, mais une irrégularité comparable à celle des vacuoles trouvées dans le sac de la hernie ombilicale ».

« La défiance est d'autant plus à recommander en pareil cas, que, généralement avec des sacs aussi épais, on rencontre le gros intestin dans le voisinage. »

Les *adhérences*, surtout les adhérences épiploïques, sont extraordinairement communes dans cette hernie. Elles existent soit dans la partie du sac située en dehors du fascia crébriforme, soit dans la partie située en arrière de ce fascia où elles sont en quelque sorte inaccessibles. La tumeur peut alors paraître réductible sans qu'il soit jamais possible de faire rentrer les visères dans l'abdomen.

Les adhérences appartiennent le plus souvent à l'épiploon, mais quelquefois aussi à l'intestin.

CHAPITRE III

Manuel opératoire.

Conditions d'une bonne cure radicale. — Pour qu'une opération destinée à faire disparaître une hernie soit véritablement une *cure radicale* et donne des résultats complets et durables, il faut qu'elle remplisse trois conditions essentielles et indispensables, faute de quoi l'opération est incomplète et sa valeur diminue d'autant.

Ces trois conditions sont les suivantes d'après Championnière (1):

1° Il faut modifier ou détruire la séreuse, car la suppression de la surface glissante supprime la tendance au glissement interstitiel.

2° Il faut constituer, à la place du pertuis de la paroi de l'orifice ou du canal de paroi abdominale, la cicatrice la plus résistante possible pour former la barrière nécessaire à opposer aux viscères qui présentent une tendance à descendre et à forcer cette paroi abdominale.

3° Si une action est possible sur le contenu du sac herniaire il faut détacher ou détruire les parties non indispensables aux fonctions qui sortent de l'abdomen, se fixent en dehors ou au voisinage de l'anneau ou seulement viennent battre sa face supérieure (épiploon).

Nous verrons plus loin que le procédé de Championnière pour la hernie crurale répond à cette triple indication et la remplit aussi complètement que possible.

(1) CHAMPIONNIÈRE, *loc. cit.*, p. 65.

Considérations générales. — Nous ne nous appesantirons pas longtemps sur ce chapitre que l'on trouvera exposé avec tous les développements qu'il comporte dans le livre de notre Maître. Nous ne ferons que rappeler brièvement quelques points capitaux.

EXAMEN DU MALADE. — Avant d'entreprendre une cure radicale de hernie, cette hernie aura dû être examinée et étudiée avec soin à plusieurs reprises, le malade étant successivement debout et couché, habillé et nu. On se rendra ainsi compte autant que possible des caractères de la hernie et des particularités qu'elle peut présenter et on se prémunira, ce faisant, dans la mesure du possible contre les surprises ultérieures.

La santé générale du sujet devra aussi faire l'objet d'une enquête sérieuse. Il faut que le patient soit dans un état général aussi satisfaisant que possible. On s'assurera de l'absence de toute tare organique et de toute maladie en voie d'évolution.

L'examen des urines devra être fait à plusieurs reprises et une dernière fois à une époque très rapprochée du moment de l'intervention.

On devra surtout s'assurer de l'intégrité des poumons, car on sait combien les hernieux sont exposés aux complications pulmonaires. Le poumon devra donc être absolument indemne.

Ce sont là les conditions idéales dans lesquelles on doit se placer pour tenter une cure radicale ; si on peut, dans certains cas, en laisser fléchir la rigueur, on se rappellera néanmoins qu'il ne faut guère s'en écarter, sous peine de diminuer de beaucoup la sécurité de l'intervention et de s'exposer à courir certains risques.

La hernie et le hernieux étant bien étudiés et ce dernier

paraissant dans les conditions requises pour subir l'opération, il faut le préparer à l'invention chirurgicale.

PRÉPARATION DU MALADE. — Le malade prendra un bain savonneux quelques jours avant l'opération, de manière à ce que l'on soit sûr avant de prendre le couteau, que ce bain n'a pas été pour lui une occasion de s'enrhumer, par conséquent de tousser. L'avant-veille de l'opération, il sera purgé.

Enfin, localement, on préparera la région avec les précautions antiseptiques d'usage : les poils seront rasés, la peau nettoyée et lavée, etc...

Avant l'intervention, si on redoute que la température ambiante soit un peu basse ou que le sujet soit exposé au froid on devra lui appliquer autour des jambes des bottes de ouate recouvertes de flanelle ou de tarlatane. Sur la table d'opération, on le couvrira de manière à éviter tout refroidissement, n'exposant à l'air que la région strictement nécessaire. Cela fait, il ne reste plus qu'à endormir le malade.

ANESTHÉSIE. — Un certain nombre de chirurgiens emploient l'éther qu'ils considèrent comme moins dangereux que le chloroforme. Championnière n'emploie que le chloroforme qu'il préfère à l'éther, parce que ce dernier en refroidissant le poumon expose davantage le malade aux complications pulmonaires auxquelles les hernieux sont si facilement enclins.

La marche de l'anesthésie ne présente rien de particulier. Il faut seulement, pour que l'opération suive son cours commodément et régulièrement que le malade dorme profondément ; il serait nuisible en effet qu'il se mît à pousser, à tousser, à vomir ou à remuer pendant l'opération.

L'anesthésie devra être maintenue aussi pendant le pansement pour en assurer la bonne exécution et l'application exacte.

INSTRUMENTS, FILS. — L'arsenal chirurgical nécessaire pour

la cure radicale de la hernie crurale n'est pas très compliqué.

Championnière (1) emploie quelques instruments spéciaux. Outre les pinces hémostatiques ordinaires, il se sert de pinces semblables munies de pointes. Il emploie aussi des pinces hémostatiques à mors courts et forts (fig. 25) munis ou non de pointes. Signalons aussi deux pinces à mors longs et grêles, munis de dents (fig. 24) et communément connues sous le nom de pinces de Kocher ; des pinces à mors plats et larges (fig. 28) destinées à saisir le sac séreux et que l'on pourrait à la rigueur remplacer par des pinces en cœur ; enfin des petites pinces clamps qui servent soit à oblitérer momentanément au besoin le sac, soit à saisir l'épiploon que l'on va lier.

Il emploie aussi, outre les ciseaux ordinaires, de petits ciseaux fins (fig. 22) pour la dissection.

Les aiguilles consistent en aiguilles de Reverdin droite et courbe. Cette dernière doit présenter, pour être commode, une courbure assez prononcée. Une aiguille de Reverdin mousse (fig. 18) sert de passe-fil. Il sera prudent d'avoir aussi une aiguille de Reverdin fine, au cas où une blessure de l'intestin ou de la vessie nécessiterait une suture de ces organes.

Pour affronter la peau, lors de la suture finale, Championnière se sert d'une pince en fourche à dents de souris (fig. 29).

Comme fils, il n'emploie pour les sutures profondes perdues que le catgut phéniqué, préparé suivant la méthode de Lister (2) d'un certain calibre (numéro 4) que l'on met baigner un quart d'heure avant l'opération dans de l'eau phéniquée à 20 0/0. Pour la peau, des crins de Florence.

(1) J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *loc. cit.*, p. 137 et sqq.

(2) J.-L. CHAMPIONNIÈRE, *Chirurgie antiseptique*, Paris 1880, p. 278.

Enfin on aura de petits *drains* stérilisés et conservés dans une solution antiseptique.

Le malade étant endormi ; et les abords de la région opératoire soigneusement aseptisés, étant protégés par des compressees ou des champs stérilisés, on peut commencer l'opération.

Manuel opératoire. — Nous allons maintenant décrire le manuel opératoire proprement dit. Pour plus de clarté nous avons divisé l'opération en dix temps :

1^{er} TEMPS. — INCISION DE LA PEAU. — DÉCOUVERTE DU SAC. — L'incision se fera de préférence suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, croisant la tumeur herniaire. Quelquefois cependant il pourra y avoir avantage à la faire verticale ; quelle que soit sa direction, on lui donnera une longueur de sept à huit centimètres environ. On incisera ensuite les couches sous-jacentes avec précaution. Théoriquement, d'après Tillaux (1) on devrait en rencontrer quatre, mais on conçoit qu'elles soient très modifiées et qu'il soit impossible de les reconnaître. Tout au plus pourra-t-on quelquefois distinguer en passant le fascia superficialis.

On fera, chemin faisant, l'hémostase en appliquant des pinces sur les vaisseaux qui donnent, car il existe là de nombreux ramuscules veineux qui saignent quelquefois assez abondamment.

La découverte du sac est généralement facile, mais cependant il faut se souvenir qu'il est souvent mince et aller avec précaution pour ne pas y pénétrer d'emblée au risque de blesser quelque organe important qui pourrait s'y trouver contenu.

2^e TEMPS. — ISOLEMENT DU PÉDICULE DU SAC. — Le sac une fois

(1) TILLAUX, *loc. cit.*, p. 674.

découvert, on écarte de lui avec les doigts les parties avoisinantes, de façon à dégager son pédicule. Le sac s'énuclée assez facilement et on arrive aisément sur le pédicule, généralement mince, que l'on voit entouré d'un anneau fibreux complet, plus ou moins prononcé, formé par la condensation autour de lui des éléments que Gosselin (1) avait bien vus et décrits. Ce pédicule sort du fascia crébriforme à une certaine distance au-dessous de l'arcade crurale et pour le découvrir, ainsi que la demi-circonférence supérieure de l'anneau du crébriforme qui le circonscrit, il faut récliner en bas le sac qui, après avoir traversé le fascia crébriforme était remonté vers l'arcade. On a dès lors sous les yeux la première ampoule du sablier.

3^e TEMPS. — INCISION DU FASCIA CRÉBRIFORME. — Le pédicule du sac une fois isolé et le sac récliné en bas, on voit, les deux lèvres de l'incision cutanée étant écartées, la région opératoire se présenter sous l'aspect suivant : la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen et le fascia crébriforme rappelant par leurs directions respectives celles des parties superficielles, forment un angle dièdre ouvert en avant, dont le sommet rentrant est constitué par l'arcade crurale. Au-dessous de cette arcade s'étend la bande fibreuse déjà décrite du fascia crébriforme (A-C de la figure) qui, à une certaine distance de l'arcade, est perforée par le pédicule du sac. Sous-jacente à la partie du fascia intermédiaire aux deux orifices, s'étend la portion du sac qui constituait toute la hernie lorsqu'elle en était au stade interstitiel et qui constitue maintenant la deuxième ampoule du sablier. C'est cette partie qu'il s'agit de dégager et de disséquer pour satisfaire à la première condition de la cure radicale complète. On n'arriverait jamais à un résultat satisfaisant en essayant de le faire à travers l'anneau du cré-

(1) GOSSELIN, *loc. cit.*, p. 388.

briforme ; aussi, pour y arriver, faut-il sectionner ce fascia, incision qui servira d'ailleurs plus tard, lors du septième temps, lorsqu'on oblitérera l'anneau crural.

Pour inciser le fascia crébriforme, voici comment on procède : Le sac étant récliné en bas pour bien dégager la partie supérieure de l'anneau du crébriforme, on introduit entre le sac et l'anneau l'un des mors d'une pince de Kocher que l'on fait cheminer entre le sac et le fascia en le dirigeant directement en haut vers l'arcade crurale, en tenant la pince dirigée suivant l'axe de la cuisse. L'extrémité de ce mors étant arrivée près de l'arcade, on ferme la pince qui saisit entre ses mors le fascia crébriforme sur une étendue d'environ 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres. Ceci fait, on place de la même manière une seconde pince parallèle à la première et auprès d'elle, puis, avec des ciseaux, on coupe le fascia entre les deux pinces. On peut alors les écarter et on a ainsi du jour pour continuer ultérieurement la dissection du sac.

4^e TEMPS. — OUVERTURE DU SAC. — EXAMEN DU CONTENU. — L'ouverture du sac est un temps assez délicat. On a vu, en effet, au chapitre d'anatomie pathologique, que le sac était tantôt mince, tantôt épais et que quelquefois, dans un même sac, on trouvait des parties alternativement épaisses et minces. Il faudra donc procéder doucement et ouvrir le sac avec prudence, en dédolant, après l'avoir saisi en deux points avec des pinces entre lesquelles on tend le sac. Une fois ouvert, on le saisit avec des pinces et on agrandit l'ouverture. On peut dès lors se rendre compte de ce que contient le sac et agir en conséquence.

Souvent à l'ouverture du sac, il s'échappe quelques centimètres cubes d'un liquide clair, citrin qui provient de la sérosité péritonéale constante dans le petit bassin. On peut alors se rendre compte de ce qu'il contient.

5^e TEMPS. — TRAITEMENT DU CONTENU DU SAC. — On sait que le

sac d'une hernie crurale peut contenir des éléments et des organes très différents. Nous n'avons pas à insister sur ce sujet. S'il s'agit d'intestin ou d'organes essentiels, on les réduira dans l'abdomen après les avoir s'il en existe, libérés des adhérences qui pourraient les unir au sac.

S'il s'agit d'épiploon, comme cela s'observe le plus communément, il faudra l'attirer et en réséquer le plus possible. On évitera, ce faisant, que cet épiploon un fois l'opération accomplie, revienne de nouveau battre l'orifice interne et produire peut-être une récurrence par un mécanisme analogue à celui qui avait donné naissance à la hernie.

L'épiploon est très souvent adhérent au sac, l'épiplocèle adhérente étant une des variétés les plus fréquentes de la hernie crurale. On détachera avec soin ces adhérences et on s'efforcera d'attirer le plus possible d'épiploon. Les adhérences remontent quelquefois assez haut, se faisant parfois au niveau de l'anneau crural et empêchant l'épiploon de descendre. Nous avons eu l'occasion d'en voir un cas au cours de notre internat à Beaujon en 1897. On arrivera toujours à les détacher avec le doigt, l'incision du fascia crébriforme ayant permis un large accès sur l'anneau crural et l'index pouvant facilement pénétrer jusque dans le ventre.

L'épiploon est donc attiré, lié en chaîne à l'aide de catguts et réséqué. Si le moignon épiploïque est assez gros, on pourrait avoir des difficultés à le réduire, aussi fera-t-on bien de le lier en plusieurs pédicules. Avant de couper les extrémités des catguts et de réduire, on s'assurera très soigneusement que le moignon ne saigne pas, puis on coupera les fils et on réduira. Pour que la résection soit suffisante et efficace, le pédicule épiploïque doit remonter de lui-même dans l'abdomen, assez haut.

6^e TEMPS. — TRAITEMENT DU SAC. — Il reste maintenant à achever la dissection du sac séreux. Par suite de l'incision du

fascia crébriforme on a un large accès sur la deuxième ampoule du sablier, sur la partie cachée de la hernie, celle qu'il faut chercher pour la trouver. On isolera donc cette partie du sac des tissus environnants de la loge lymphatique. On disséquera avec soin la partie supérieure du sac, celle qui est au niveau de l'anneau crural, et par des tractions appropriées à la résistance du sac, on tâchera d'attirer le péritoine voisin de l'anneau. Tantôt on y arrive facilement, tantôt cette manœuvre est plus délicate, car le sac mince se déchire facilement et il faut éviter soigneusement ces déchirures qui risqueraient de rendre l'opération incomplète.

Le sac étant ainsi disséqué en entier et bien attiré, on le pédiculise. Pour cela, on passe le plus haut possible à travers le sac l'aiguille mousse et on la ramène chargée d'un catgut passé en double. On coupe la boucle de ce catgut, on enchaîne les deux chefs, et on lie chacun des bouts avec trois nœuds. On fait ensuite un tour de sûreté étreignant tout le pédicule avec les deux chefs d'un de ces fils; on noue à trois nœuds, puis on coupe le sac et les fils et on abandonne le pédicule. Si la dissection du sac a été bien faite et poussée assez haut, le pédicule remonte dans l'abdomen.

Championnière a l'habitude de fixer le sac à la paroi, comme dans la manœuvre dite de Barker (1). Trendelenburg, Delagenière, Berger font une manœuvre analogue.

Championnière introduit l'index dans l'anneau crural, sent le pédicule du sac, le remonte avec ce doigt et l'accôle à la paroi. Puis, avec une aiguille de Reverdin courbe, il traverse la paroi de dehors en dedans, puis le pédicule au-dessous du fil qui l'étreint et ressort en traversant la paroi de dedans en dehors. Il passe un catgut et le lie.

Berger, lui, ne coupe pas deux des fils du pédicule du sac.

(1) BARKER, *Brit. med. Journ.*, 1887, t. II, p. 1203.

Il arme avec l'un d'eux une aiguille mousse, qu'il fait cheminer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, puis ressortir de dedans en dehors à travers la paroi au-dessus de l'arcade crurale. Il fait de même ressortir le second fil à quelque distance du premier, puis il noue ces deux fils.

On pourrait aussi, ayant laissé deux fils au pédicule du sac introduire l'index à travers l'anneau crural en arrière de la paroi abdominale, piquer sur ce doigt d'arrière en avant en traversant la paroi et, la pointe de l'aiguille étant toujours maintenue sur le doigt, l'amener au dehors du ventre par l'anneau crural. Là on la charge de l'un des fils que l'on fait ressortir en retirant l'aiguille ; puis, ayant recommencé la même manœuvre à côté, on lie les deux fils et le pédicule est fixé.

Cette manœuvre a pour but d'éloigner le pédicule du sac de l'anneau profond et de mettre en regard de cet anneau une surface lisse, tendue n'offrant aucune amorce à la récidue. Au cours de cette manœuvre, et lorsque l'index est dans l'anneau, on peut se rendre compte avec ce doigt, qu'il est intact. En haut notamment, on sent la corde fibreuse, solide (le linteau de la porte), constituée par l'arcade qui n'a pas été touchée, la section du fascia crébriforme pouvant remonter jusqu'à elle, mais ne devant pas l'intéresser.

7^e TEMPS. — OBLITÉRATION DE L'ANNEAU. — L'intestin étant réduit, l'épiploon détaché et réséqué, le sac pédiculisé et fixé, la hernie n'existe plus. « Il faut alors établir la barrière résistante qui va assurer la conservation des résultats obtenus » (Championnière).

On se trouve, en effet, à ce moment, en présence de l'anneau crural béant aboutissant à un canal formé par la loge lymphatique vidée du sac maintenant disparu. Comment oblitérer cet anneau, cette porte ouverte de l'abdomen sur la racine de la cuisse ? Mais n'a-t-on pas le fascia crébriforme sous forme de lame fibreuse, partant du linteau de cette porte

et que l'incision faite pour permettre la dissection complète du sac va permettre également d'abaisser jusqu'au seuil, c'est-à-dire jusqu'à la crête pectinée. Pour ce faire, voici comment on procède : Les deux pinces de Kocher placées au début sur le fascia crébriforme étant toujours en place, avec l'aiguille courbe de Reverdin, que l'on a bien soin de tenir parallèle à l'axe de la cuisse pour éviter la blessure de la veine fémorale et que l'on dirige de bas en haut, on fait une prise dans l'aponévrose du pectiné, le plus près possible de la crête pectinée, en chargeant un pont de tissus sur l'aiguille. On s'assure en soulevant l'aiguille que la prise est solide, puis on traverse le lambeau interne du fascia crébriforme, près de l'ancien anneau de ce fascia, c'est-à-dire en dedans et en bas, près de la pince. On passe un catgut dont on réunit sans les nouer, les deux bouts dans une pince. On fait une seconde prise sur le pectiné à quelques millimètres en dehors, on traverse le lambeau externe du fascia crébriforme en un point symétrique du premier. On passe un second fil.

Ces deux fils suffisent à la rigueur, mais il est bon d'en passer un troisième réunissant les deux angles inférieurs de ces lambeaux et passant aussi à travers l'aponévrose du pectiné. Les pinces de Kocher sont alors enlevées et les catguts liés. On voit alors le feuillet fibreux du fascia crébriforme s'abaisser, se tendre au devant de l'anneau qu'il oblitère (dans la figure le point C vient en B). Le septum crural disparu est ainsi remplacé par une autre membrane fibreuse, résistante, qui opposera une solide barrière aux efforts des viscères abdominaux.

8° TEMPS. — OBLITÉRATION DU CANAL. — L'anneau crural ainsi fermé aboutit toujours à une rigole formée par la loge lymphatique déshabitée par le sac. Il faut faire disparaître cette dépression en en accolant les bords, au devant de l'an-

neau dont l'opercule vient d'être restauré. Pour cela on appliquera quelques points séparés de la manière suivante : On sait que la partie dangereuse est la berge externe, contiguë à la veine fémorale, qu'il faut soigneusement éviter de piquer ou de déchirer. On commencera donc par traverser cette partie externe en maniant avec précaution l'aiguille. Il y a toujours, en dedans la veine fémorale, une épaisseur de tissus suffisante pour permettre d'y passer un fil, en y allant avec précaution. Du côté interne, rien à craindre, on passe l'aiguille hardiment. On fait ainsi plusieurs points séparés et on ramène les tissus au devant de l'anneau oblitéré en serrant les fils.

Si on aperçoit dans le lit de la rigole quelques ganglions ou lobules adipeux à demi détachés lors des manœuvres de dissection du sac ou d'apparence suspecte, on fera bien de les enlever, car ils n'offriraient que de médiocres matériaux à la réparation.

9° TEMPS. — HÉMOSTASE. — Ce temps, peu compliqué, est assez important au point de vue de la guérison de la plaie. Il consiste à arrêter le sang, soit en plaçant des ligatures sur les vaisseaux pincés, soit en les tordant.

10° TEMPS. — SUTURE DE LA PEAU. — DRAINAGE. — Il ne reste plus qu'à suturer la peau, ce qui sera fait à l'aide de crins de Florence à points séparés. On aura soin de bien affronter la peau en serrant les crins pour assurer une belle réunion par première intention.

Championnière draine quelquefois les plaies opératoires de hernie crurale, mais il reconnaît que ce n'est pas indispensable. Lorsque l'hémostase est bien faite, et elle doit l'être, le drainage est inutile.

Pansement. — Le pansement doit être appliqué pendant que l'anesthésie dure encore. Il doit être compressif et soli-

dement établi afin de ne pouvoir se déranger. Championnière emploie un spica dans lequel la compression est limitée sur la région opérée par un petit paquet de compresses longuettes inclus dans les tours de bandes du pansement.

Suites et soins post-opératoires. — Les suites de cette opération sont généralement très simples. Championnière fait purger ses opérés, de préférence avec de la magnésie anglaise, le matin du troisième jour ; on ne commence à les alimenter que lentement et progressivement.

La plaie est complètement réunie, si on n'a pas drainé, du septième au huitième jour. On peut alors enlever le pansement et les fils. On applique sur la ligne de sutures un petit pansement collodionné et tout est terminé.

Il ne faut pas permettre aux opérés de se lever avant le vingt et unième jour. Championnière considère un séjour de trois semaines au lit comme un minimum si l'on veut avoir des résultats complets et durables.

On surveillera attentivement les malades et à la moindre alerte on instituera un traitement approprié.

Après un séjour de trois semaines au lit, les opérés peuvent se lever et reprendre progressivement leurs habitudes. La cicatrice est solide, le port d'un bandage est inutile et dans ces dernières années, Championnière a renoncé à en faire porter à ses opérés, même dans les premiers temps, ainsi qu'il le faisait autrefois.

Chez les sujets que l'on revoit quelque temps après l'opération on constate que la cicatrice est déprimée ; la région crurale présente à la place de la hernie, une dépression infundibuliforme s'enfonçant vers l'anneau crural garantie d'une bonne cure radicale..

Opération de la hernie étranglée. — Nous n'avons rien

de particulier à signaler à propos de l'intervention dans la hernie étranglée. La marche de l'opération et ses différents temps sont exactement les mêmes. Toutefois l'étranglement siégeant presque toujours au niveau de l'anneau du fascia crébriforme, comme nous l'avons vu, on fera bien attention au moment où on incisera le fascia, à ce que le contenu du sac ne remonte pas dans l'abdomen ; on pourrait aussi ouvrir le sac avant de sectionner le fascia. Grâce à ces précautions, on pourra vérifier l'état des parties étranglées, leur faire subir le traitement qu'il comporte et ne les réduire qu'à bon escient.

Le débridement se faisant à ciel ouvert, s'accomplira en toute sécurité ; on n'aura pas à se préoccuper des rapports de voisinage de l'anneau crural qui inquiètent tant certains auteurs.

Particularités des divers temps opératoires. — La dissection du sac est en général facile jusqu'au fascia crébriforme ; au delà, lors de la dissection de la partie profonde, elle est plus délicate.

Le voisinage des vaisseaux fémoraux est moins à redouter qu'on pourrait le penser a priori : situés en dehors et en arrière, ils sont assez bien abrités et avec un peu d'attention, il est facile de les éviter. On est plus exposé à blesser quelque une des grosses veines qui aboutissent dans la région à la veine fémorale ; il faut pour les éviter, être très prudent, disséquer avec soin, et ne pas dilacérer avec les doigts, car on risquerait de les déchirer et d'avoir des difficultés pour les pincer ; voir toujours ce qu'on fait, suivre les vaisseaux, couper à côté d'eux et s'il faut les couper, les pincer auparavant pour pouvoir ultérieurement les lier.

Les adhérences doivent être disséquées très haut, ce qui est facile, le doigt ayant large accès dans le ventre à travers

l'anneau et pouvant explorer ses alentours. Cette dissection est importante, car les adhérences sont la cause fréquente des douleurs, qu'il importe de faire disparaître.

Le sac, pédiculisé et excisé, on peut retrouver en l'examinant sa forme en sablier. Si on l'a suffisamment attiré, on voit ses deux ampoules ; au niveau de la partie du sac qui correspondait à l'anneau du fascia crébriforme, on observe un premier collet ; puis vient la seconde ampoule aboutissant à un second sillon circulaire, moins marqué que le premier et qui se trouvait au niveau de l'anneau crural.

Lorsqu'on est arrivé au moment de pédiculiser le sac, il faut faire grande attention. S'il est mince, tout va bien, mais s'il est épais, il faut se méfier, car c'est généralement alors que l'on rencontre le gros intestin dans le voisinage. On fera bien attention aussi en dedans à ce que la vessie, attirée par les tractions ne se trouve pas comprise dans le pédicule. La vessie d'ailleurs peut se trouver dans le sac, ou constituer la hernie : la cystocèle crurale n'est point une rareté.

Pour les autres temps, nous avons assez insisté sur les précautions à prendre pour assurer une bonne oblitération de l'anneau et la disparition complète du canal qui lui faisait suite.

Le procédé de Championnière réalise une cure radicale complète. — Il est facile, en effet, de voir qu'une telle opération satisfait bien aux trois conditions essentielles que doit remplir une cure radicale.

1^o Le sac est entièrement détruit jusque dans le ventre, le pédicule fixé derrière la paroi ne laisse subsister aucun infundibulum dans la région herniaire. On conçoit que ce soit là une garantie de grande valeur contre la récurrence. Une dissection du sac poussée seulement jusqu'au crébriforme laisserait subsister la deuxième ampoule du sac qui constituerait

une amorce pour une récédive presque fatale. Sans vouloir pousser plus loin l'analogie entre la hernie inguinale et la hernie crurale, nous pouvons dire cependant qu'une telle opération serait identique à celle qui consisterait pour une hernie inguinale à réséquer le sac au niveau de l'orifice externe du canal sur lequel on appliquerait ensuite un ou deux points de suture pour rapprocher les piliers, en laissant subsister toute la partie du sac qui occupe le canal. Aujourd'hui tous les chirurgiens s'accordent à dire que ce serait une opération incomplète.

2° L'anneau crural est solidement fermé par l'abaissement au devant de lui de la toile fibreuse du fascia crébriforme qui reconstitue un nouveau septum robuste à la place de l'ancien disparu. Le store tendu au devant de la porte est abaissé du linteau jusqu'au seuil et ferme l'ouverture. Delagénère (1), lui, prétend inciser l'arcade crurale sur une hauteur de un centimètre à un centimètre et demi. Nous ne comprenons pas bien comment cette incision peut se faire sans blesser le cordon chez l'homme ou chez la femme le ligament rond, qui à ce niveau reposent sur le bord inférieur de l'arcade, si près que les auteurs recommandent dans la kélotomie, de ne pas débrider en haut, ou de le faire avec d'innombrables précautions. En outre, il nous semble que cette manœuvre doit affaiblir le canal inguinal dont l'arcade représente le plancher, puis qu'il ne la reconstitue pas et l'abaisse jusqu'au pectiné; il effondre le linteau de la porte jusqu'au seuil. C'est là que réside la différence du procédé.

De plus, en avant de cette cloison restaurée, on comble le canal crural en accolant les bords, en amoncelant par conséquent des tissus qui lui formeront arc-boutant contre les poussées ultérieures.

(1) DELAGÉNIÈRE H., *Archives prov. de chir.*, 1^{er} fév. 1896, p. 61.

3^o Enfin, on a eu soin de détruire les adhérences et si besoin en est, de réséquer l'épiploon qui, en venant battre l'anneau crural, avait pu être une des causes de la production de la hernie.

L'opération est donc complète et ainsi pratiquée, elle donne des résultats très satisfaisants, les douleurs fréquentes dans ce genre de hernies, disparaissent et presque toujours la hernie reste guérie définitivement.

Ce procédé ne présente pas de grandes difficultés. Néanmoins, il doit être exécuté avec beaucoup de soin, la région opératoire étant délicate, sinon dangereuse. On doit, et Championnière insiste beaucoup là-dessus, opérer lentement et consacrer en moyenne de trente à trente-cinq minutes à l'intervention, davantage s'il le faut. Il faut avant tout se préoccuper de faire une opération bénigne et complète, plutôt que de se montrer opérateur brillant. Moyennant ces conditions, on ne devra pas hésiter à opérer.

« La hernie crurale est un excellent terrain pour la cure radicale. J'irai volontiers plus loin et je dirai que, d'une manière générale, pour la hernie crurale, la cure radicale s'impose. J'estime que tant qu'un sujet est à l'âge où la cure radicale de la hernie est sans danger, la *hernie crurale devrait toujours être opérée*, soit, par exemple chez un tout sujet jeune. Même chez un sujet ayant dépassé la quarantaine, je fais encore cette opération plus volontiers que chez ceux qui sont atteints de hernie inguinale. On comprend, du reste, que la solidité de l'opération est nécessairement très satisfaisante, et, vraiment, on ne voit pas bien quelles pourraient être les raisons qui feraient hésiter à la pratiquer » (Championnière) (1). D'autant plus que la facilité et la fréquence avec lesquelles elle s'étrangle exposent le sujet qui en est porteur

(1) CHAMPIONNIÈRE, *loc. cit.*, p. 298.

à un danger constant. D'autre part, la cure radicale simple se faisant dans de meilleures conditions que lorsqu'elle suit une kélotomie on conçoit qu'il n'y ait guère à hésiter à l'entreprendre.

Pour juger de ses résultats éloignés, nous allons maintenant examiner soixante-trois cas de cure radicale de hernie crurale opérés jusqu'à ces derniers temps par notre maître Lucas-Championnière, auxquels nous joindrons trois cas qui nous sont personnels et qui ont été opérés par nous, rigoureusement par le même procédé.

Observations. — Statistique.

Voici d'abord, et par ordre chronologique, les observations qui nous sont personnelles.

OBS. I. — *Hernie crurale droite étranglée*. — La nommée B... Claire, femme M. L..., 34 ans, femme de chambre, entrée le 5 janvier 1898, à l'hôpital Beaujon, salle Langier, lit n° 44.

La hernie, à droite, est apparue il y a environ une dizaine d'années, insensiblement, sans cause appréciable, sans que la malade s'aperçoive de la date exacte du début et sans qu'elle en souffre. C'est un jour, par hasard, qu'elle s'est aperçue de la présence dans l'aine droite d'une petite grosseur indolore. Prise d'abord pour une adénite, on y fit appliquer de la pommade mercurielle. Elle conserva dix ans cette hernie sans porter de bandage et sans qu'elle la fit souffrir, autrement que par un peu de tiraillements et de pesanteur dans l'aine à la suite de fatigues. Dans les derniers mois de l'année 1897, la tumeur se mit à grossir, mais elle restait, comme auparavant, réductible dans le décubitus dorsal, au lit.

Le 3 janvier 1898, dans la soirée, en enlevant un baquet dans une cave, elle est prise d'une douleur brusque dans l'aine et la hernie devient irréductible. Toute la nuit elle souffre beaucoup et vomit en quantité et fréquemment. Le matin du 4, il y a une rémission, puis les phénomènes d'étranglement reprennent et s'accroissent encore dans la nuit du 4 au 5. Le 5, elle entre à Beaujon vers 6 heures du soir.

Tumeur dans l'aine droite, marronnée, du volume d'une petite mandarine, un peu sonore, irréductible. Des tentatives de taxis avaient été faites en ville et on y avait appliqué de la glace. On n'insiste donc pas et on se prépare à l'intervention, que notre maître Championnière, prévenu, veut bien nous confier.

Opération. — Le sac étant mis à découvert est ouvert. On y aperçoit, au milieu d'un peu de liquide un peu foncé qui s'en échappe, une anse intestinale petite. Elle est attirée un peu, visitée avec soin ; rougeâtre, ecchymotique, elle paraît cependant en assez bon état pour être réduite. Désinfection de l'anse herniée à l'eau phéniquée. Puis incision du fascia

crébriforme, comme à l'ordinaire ; l'anse rentre d'elle-même. Disséction de la partie profonde du sac, pédiculisation du sac très haut, fixation du pédicule derrière la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade. Réfection de l'anneau et du canal crural suivant le procédé habituel, sutures, pansement. Durée 35 minutes.

Le pansement est levé huit jours après. Réunion parfaite. Pansement collodionné.

Au bout de trois semaines, la malade se lève et sort de l'hôpital.

13 novembre 1898. — La malade a été revue plusieurs fois depuis son opération. A cette dernière date, le résultat est parfait. Cicatrice déprimée, très solide, aucune impulsion à la toux. Pas de douleurs, pas de bandages. Débarrassée de cette infirmité, la malade jouit d'une très bonne santé. Elle ne porte pas de bandage et malgré cela, elle se livre sans inconvénient à des travaux assez durs : frottage des appartements, lavage du linge, charroi de seaux d'eau.

Obs. II. — *Hernie crurale gauche étranglée.* — La nommée W... Marie, veuve M..., 61 ans, ménagère, entrée le 9 juin 1898 à l'hôpital Tenon, salle Richard Wallace, lit n° 4.

Cette malade est affectée d'une hernie crurale double. La droite existe pour ainsi dire de naissance : elle se l'est toujours connue. La gauche date au moins de 20 ans. Les deux étaient réductibles au lit. Très douloureuses, elles nécessitaient le port d'un bandage double ; la gauche surtout était douloureuse.

La malade, atteinte de tuberculose pulmonaire assez avancée est une toussseuse.

Le 8 juin à 11 heures du soir, dans un accès de toux, vive douleur dans l'aîne gauche : la hernie vient de s'étrangler, elle est irréductible. Des tentatives de taxis faites en ville demeurent inutiles. Toute la nuit du 8 et la matinée du 9, douleurs très violentes, arrêt des gaz et des matières, vomissements abondants.

Le 9, à 2 heures de l'après-midi, elle est amenée à l'hôpital Tenon. Tumeur dans l'aîne gauche, du volume d'une noix, douloureuse, irréductible. Une intervention est jugée nécessaire et notre maître, le docteur Gérard-Marchant, prévenu, veut bien nous la confier.

Opération, pour ainsi dire séance tenante. Le sac est découvert, ouvert. Il s'échappe un peu de liquide citrin. Il contient une anse intestinale rouge-foncé. On l'attire un peu après léger débridement du fas-

cia crébriforme en haut, on la désinfecte avec une solution de sublimé ; on continue l'incision du crébriforme ; l'intestin rentre de lui-même ; dissection de la partie profonde du sac qui est attiré le plus possible, pédiculisé très haut lorsqu'on a aperçu la graisse sous-péritonéale. Le pédicule est fixé au-dessus de l'arcade crurale. Réfection de l'anneau et du canal, comme d'ordinaire ; hémostase, suture de la peau, pansement.

Le huitième jour, ablation du pansement, les fils sont enlevés. Pansement collodionné.

Au bout de trois semaines, la malade part pour l'asile de convalescence du Vésinet.

13 novembre. — La malade dont la tuberculose pulmonaire a fait des progrès ne peut se lever. Nous avons été la voir chez elle. Elle tousse constamment. Sa hernie droite la fait horriblement souffrir. Du côté gauche elle ne souffre plus. Etant restée pour ainsi dire au lit depuis son opération, elle ne porte pas de bandage. La cicatrice est déprimée, solide, ne subit aucune impulsion à la toux.

Obs. III. — *Hernie crurale droite récidivée*. — La nommée M... Marie, femme B..., fleuriste, 42 ans, entrée le 10 septembre 1898 à l'hôpital Tenon, salle Richard Wallace, lit n° 13.

C'est, il y a 18 ans, à la suite d'une grossesse, qu'apparut la hernie ; cette apparition de la hernie avait été précédée de douleurs dans l'aîne pendant la grossesse. Depuis, aggravation des douleurs, surtout à la suite de marches et de fatigues. Accroissement graduel de volume. Pendant 13 ans, elle conserva sa hernie, ne portant bandage que dans les 5 à 6 années qui précédèrent la première intervention. Le bandage ne palliait pas les douleurs.

En 1892, pendant un an environ, elle eut de fréquentes crises d'étranglement, coïncidant surtout avec le moment des règles et nécessitant le taxis par un médecin. Dans les derniers temps qui précédèrent l'opération, la hernie s'étranglait deux à trois fois par semaine. En novembre 1892 elle se décida à entrer à l'hôpital Tenon, où elle fut opérée. Deux mois après, il y avait récidive. La hernie qui était avant l'opération du volume d'une noix, reprit sa grosseur primitive. Les douleurs avaient disparu. Un an après la malade reprit le port de son bandage. Il y a trois mois, en mai 1898, les douleurs reprirent avec intensité et déterminèrent la malade à rentrer à Tenon le 10 septembre 1898.

Tumeur marronnée, du volume d'une noix, paraissant réductible, mate à la percussion.

Opération le 14 septembre. — Notre maître, le D^r Demoulin, suppléant à cette époque le D^r Gérard-Marchant, voulut bien nous confier l'opération qui fut pratiquée en sa présence.

Incision verticale sur l'ancienne cicatrice. Le sac adhérent à la peau est ouvert de suite avec elle. Ecoulement d'un peu de liquide citrin. Agrandissement léger de l'ouverture ; le sac est vide ; on le saisit avec des pinces et on dissèque sa face externe jusqu'au fascia crébriforme où se trouve le pédicule, correspondant au premier collet. Le fascia, pris entre deux pinces de Kocher, est fendu directement en haut vers l'arcade sur une étendue de 1 cm. 1/2. La dissection du sac est poursuivie ; le premier collet fendu, on trouve la deuxième ampoule vide.

On la dissèque jusqu'à l'anneau crural où se trouve sur le sac un second sillon circulaire. Tractions sur le sac et dissection poussée jusqu'à ce qu'on voie la graisse sous-péritonéale. Le sac, d'abord assez mince, devient à ce niveau plus épais. Il est pédiculisé le plus haut possible, et lié en chaîne avec du catgut, puis réséqué et le pédicule fixé à la paroi au-dessus de l'arcade. Puis les volets du fascia crébriforme fendu sont fixés sur le pectiné, près de la crête pectinéale par trois catguts, obturant ainsi l'anneau. Les parois du canal herniaire sont rapprochées au devant de l'anneau par trois points de catgut. Sutures de la peau. Pansement.

Le huitième jour, les fils sont enlevés. La réunion est parfaite et on applique un pansement collodionné. Au bout de trois semaines la malade quitte l'hôpital.

10 novembre. — La malade est revue. Etat parfait. Cicatrice très déprimée, solide, semblant s'enfoncer vers l'anneau. Disparition complète des douleurs ; aucune espèce d'impulsion à la toux. La malade est enchantée et a repris sans aucun inconvénient ses occupations.

Les tableaux qui suivent représentent les observations statistiques du D^r Lucas-Championnière. Ils contiennent soixante-trois cas de cure radicale de hernie crurale. Les dix-huit premiers ont été publiés par lui en 1892 dans sa « Cure radicale des hernies ». Les suivants ont été continués par nous sur le même plan jusqu'au 30 juin 1898. Les deux premières colon-

nes contiennent des numéros d'ordre ; la première indique le numéro d'ordre du cas par rapport à notre travail ; la seconde contient un numéro d'ordre se rapportant à la statistique intégrale de notre Maître sur les hernies, ainsi que l'année de l'opération. Dans la troisième colonne, au-dessous de la lettre indicatrice du sexe, le chiffre indique relativement au sexe le nombre de cas de hernie crurale.

Numéros de la thèse	N° D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
1	3 1881	F. 1	32 ans	1 ^{er} septembre	Hernie crurale gauche douloureuse et irréductible.
2	19 1887	F. 2	25 ans	28 janvier	Hernie crurale gauche irréductible datant de 3 ans 1/2. Vomisse- ments et douleurs depuis quel- ques jours. Pigûres faites en ville sur cette hernie.
3	38 1887	H. 1	22 ans	23 juin	Hernie crurale gauche datant de 5 ans. Irréductible, incoercible, douloureuse.
4	65 1887	F. 3	53 ans	22 décembre	Hernie crurale droite (épiplocé- adhérente) du volume d'un œuf de poule. Accidents d'étrangle- ment il y a 15 jours, réduite en partie, mais depuis il reste une masse irréductible et doulou- reuse.
5	86 1888	F. 4	45 ans	16 avril	Hernie crurale gauche qui serait habituellement réductible, mais à plusieurs reprises serait devenue irréductible. N'a jamais porté bandage. Elle n'est jamais com- plètement réductible, en réalité, mais toujours douloureuse.
6	112 1888	F. 5	44 ans	26 juillet	Hernie crurale gauche, épiplocé- adhérente, volume d'une noix ; ne daterait que de 15 jours, mais souffre de l'aine depuis 6 à 7 ans. Jamais de bandage. Tumeur ir- réductible, augmentant par la toux.
7	119 1888	H. 2	48 ans	18 décembre	Hernie crurale droite. Epiploon irréductible. Jamais de bandage. Douleurs. Début en mars 1887.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Résection partielle du sac. Opération incomplète à cause d'adhérences intestinales.	»	Guérison parfaite pendant 6 mois. Récidive après une coqueluche. La hernie reste coercible et non douloureuse.
Opération très laborieuse. Excision de l'épiploon qui est très adhérent au niveau de l'anneau. Excision du sac avec 2 fils, 2 sutures perdues.	Un peu plus d'une heure.	Bon résultat immédiat. Pas d'impulsion. Sort avec la ceinture Rainal. Solidité parfaite de la cicatrice. Pas revue. 5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Sac très mince contenant seulement de l'épiploon très adhérent. Résection de 29 grammes d'épiploon entre 4 fils entrecroisés. 2 fils sur le pédicule. 2 sutures perdues.	45 minutes	Sort en bon état avec une ceinture Rainal, 25 jours seulement après l'opération. Nouvelles au mois de nov. 1888, 17 mois après l'opération aucunes tendances à la récidive. Nouvelles le 20 nov. 1891. Pas d'impulsion. Aucun accident (4 ans 1/2). 5 nov. 1898. Pas retrouvé.
Ouverture facile du sac qui contient de l'épiploon fusionné avec le collet du sac. Détachement puis résection de 35 grammes d'épiploon, 5 fils. Débridement du collet pour réduire. 2 fils sur le pédicule. Une suture perdue.	50 minutes	Bon résultat. Cicatrice parfaitement solide au bout de 6 semaines. Ceinture Rainal. 5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Opération difficile à cause de la minceur du sac et de l'extrême adhérence de l'épiploon, dont 46 grammes sont réséqués. Le pédicule ayant été fait avec deux fils se rompt en partie. Je reprends le point rompu avec deux points de suture. Pas de drainage.	35 minutes	Suites d'une extrême simplicité. Sort juste un mois plus tard avec une ceinture Rainal. Il est impossible de sentir aucune impulsion. Revue en juillet 1891. Excellent état. Plus de douleurs (3 ans). Pas de nouvelles récentes (nov. 1898).
Réseau veineux abondant enveloppant une petite tumeur épiploïque, fusionnée avec le sac. Résection au niveau de l'anneau. 2 fils sur le pédicule. Drainage.	35 minutes	Sort en très bon état, sans impulsion aucune. Ne porte pas de bandage. 10 nov. 1898. A récidivé deux ans environ après. Tousse constamment, porte bandage. Souffre toujours dans la hernie.
Excision du sac et de masses graisseuses enveloppantes. Epiploon altéré et épiploon sain, détaché. Sutures de l'orifice. Durée 1 h. 1/2.	1 heure 1/2	Sort 1 mois après. Très bon état, aucune impulsion. Ceinture Rainal. Nov. 1898. Pas retrouvé.

Numéros de la thèse	N° D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
8	123 1888	H. 3	32 ans	27 décembre	Hernie crurale droite depuis 7 ou 8 ans. Bandage pendant 18 mois. Epiplocele adhérente et douloureuse.
9	188 1889	F. 6	46 ans	18 avril	Hernie crurale épiploïque adhérente gauche. Hernie depuis 8 ans. Pas de bandage. Prétendue réductible. Au palper masse épiploïque irréductible.
10	141 1889	F. 7	32 ans	28 mars	Hernie crurale droite épiploïque. Irréductible. Depuis 2 ans, suite de couches. Bandage 6 mois après. Depuis peu ne rentre plus en totalité. Douleurs très vives.
11	154 1889	F. 8	20 ans	9 août	Hernie crurale droite depuis 2 ans. Pas de bandage. Réductible en partie, douloureuse par la marche.
12	163 1889	F. 9	27 ans	31 octobre	Hernie crurale droite depuis 5 ans. Suite de couches. Irréductible depuis 2 ans.
13	202 1890	F. 10	39 ans	28 novembre	Hernie crurale gauche très ancienne. Bandage 2 ans. Douleurs continuelles. Jamais réduite.
14	240 1891	F. 11	27 ans	18 juin	Hernie crurale droite, peu volumineuse. Début 8 ans. Irréductible et douloureuse.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Incision parallèle à l'arcade. Sac entouré de graisse. Epiploon adhérent difficile. Réséqué avec 11 fils, en 2 pédicules (80 gr.), 3 sutures perdues.	1 h. 05.	Résultat parfait à la sortie au bout de 36 jours. 4 nov. 1898. Pas retrouvé.
Incision horizontale. Sac profond, mince, fondu avec l'épiploon, adhérent au collet et au gros intestin. Laborieux. Epiploon réséqué 72 gr., 2 sutures perdues.	55 minutes.	Sort en très bon état. Aucune douleur. 5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision transversale. Sac mince, adhérent. Masse épiploïque irrégulière, dure, adhérente. Sac à collet étroit détaché très haut. (2 fils) 8 catguts sur l'épiploon en 4 groupes. 8 sutures superficielles, 2 perdues. 1 drain. Epiploon réséqué 95 gr.	»	Sort en bon état avec ceinture Rainal. Aucune douleur. 10 nov. 1898. Est restée guérie 8 ans. 2 accouchements, l'un 3 ans, l'autre 5 ans après la cure radicale. A engraisé considérablement après le 2 ^e accouchement. Petite récide. Porte bandage. Pas de douleurs.
Incision premier sac extérieur, deuxième sac péritonéal graisseux. Adhérence épiploïque au collet. 4 catguts. Résection du sac très haut, 2 fils. 2 sutures perdues. 1 drain. Epiploon réséqué 70 gr.	50 minutes.	Sort avec cicatrice solide, ceinture Rainal au bout d'un mois. 4 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision transversale. Sac graisseux. Epiploon adhérent de toutes parts. Résection (63 gr.). Pédicule 2 catguts. 1 drain.	45 minutes.	Suites très simples. Aucune impulsion au bout de 3 semaines. 5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision verticale. Sac à 2 loges. Liquide. Collet étroit (2 fils repassés), 2 fils sur l'orifice. Ganglion en avant enlevé. 7 crins, 1 drain.	15 minutes.	Suites simples. Nouvelles en juillet 1891. Très bon état. Aucune récide. 10 nov. 1898. A l'examen, aucune récide, pas d'impulsion aucune.
Incision verticale. Sac graisseux fusionné avec l'épiploon au collet. Large débridement sur le fascia crébriforme. Dégagement très élevé du collet. Sac très friable. Epiploon réséqué 22 gr. Pédicule 2 fils, 3 fois ramenés. 5 catguts perdus, 7 crins, 1 drain.	55 minutes.	Sort en excellent état au bout de 27 j., toutes douleurs disparues. 4 nov. 98. Parfaitement guérie. Jamais de douleurs, pas d'impulsion. Pas de bandage. Deux accouchements depuis, enceinte de 5 mois. « La hernie, dit-elle, n'existe plus pour elle ».

Numéros de la thèse	N ^o D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
15	57 1891	F. 12	41 ans	26 novembre	Hernie crurale droite depuis 14 ans. Bandage. Jamais réduite complètement. Jamais de douleurs. Ne grossit pas.
16	258 1891	F. 13	29 ans	1 ^{er} décembre	Hernie crurale droite. Début de quelques mois. Douleurs. Grossesse d'une noisette. Peu réductible. Sonore.
17	267 1892	F. 14	37 ans	6 janvier	Hernie crurale gauche. Date de 4 mois, mais souffrait depuis une douzaine d'années. Jamais de bandage.
18	269 1892	H. 4	42 ans	21 janvier	Hernie crurale gauche. Début 10 ans. Toujours bandage. Volume d'un œuf. Depuis quelque temps, douleur. Bandage intolérable.
19	277 1892	H. 5	40 ans	24 mars	Hernie crurale droite. Bourrelier se sert d'un instrument qui appuie sur le pli inguinal droit. Début il y a 2 mois 1/2. Pas de douleurs. Pas de bandage. Volume d'un gros œuf. En partie réductible.
20	288 1892	F. 15	27 ans	27 mai	Hernie crurale gauche, petite. Début de 3 ans. Bandage depuis 2 ans. Pas de maladie antérieure. 2 grossesses.
21	306 1892	H. 6	18 ans	4 août	Hernie crurale droite. S'en est aperçu il y a 3 ans. Jamais de bandage. Irréductible depuis 5 à 6 mois. Indolore. Volume d'un gros œuf.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Incision oblique. Sac épais facile à découvrir. Section sur anneau du crébriforme. Sac grand, attiré (2 catguts). 3 catguts perdus, 1 drain.	25 minutes.	Suites très simples. Sort au bout de 28 jours, très bon état. 5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision oblique. Sac graisseux, difficile. Incision de l'anneau du crébriforme. Epiploon adhérent, réséqué 30 grammes. 4 catguts. 2 catguts sur le pédicule du sac. 4 perdus. 1 drain.	55 minutes	Suites très simples. Sort très bien guérie et ne souffrant plus, le vingt-sixième jour. 3 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision horizontale. Sac entouré de graisse. Incision sur le fascia crébriforme. Dissection du sac (2 catguts). 2 catguts sur la masse vasculo-graisseuse pré-herniaire. 3 catguts sur fascia crébriforme. 2 catguts perdus en avant. 5 crins. 1 drain.	25 minutes	Sort au bout de 27 jours. Très bon état. 4 nov. 1898. Pas retrouvée.
Sac très gras, laborieux. Vide. Fascia crébriforme incisé. Dissection très haut. 4 catguts perdus, 8 crins, 1 drain.	50 minutes	Sort en très bon état au bout d'un mois. 10 nov. 1898. Pas retrouvé.
Incision oblique. Sac graisseux. Epiploon adhérent attiré et réséqué 44 grammes. Sac détaché de la graisse préherniaire. 2 fils. 3 fils sur la crébriforme, incisé 2 fils perdus, 7 crins, 1 drain.	40 minutes	4 nov. 1898. Pas retrouvé.
Sac graisseux très épais, sans adhérences. Opération facile. 2 fils. 1 drain. Guérison sans incident.	20 minutes	6 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision parallèle à l'arcade. Incision du crébriforme. Adhérences épiploïques très difficiles à détacher. Résection de 125 grammes avec 6 fils. 2 catguts sur le sac, 7 crins, 1 drain.	45 minutes	3 nov. 1898. Parfaitement guérie, aucune douleur, aucune impulsion dans l'aine, malgré qu'il ait toussé quelquefois. Pas de bandage.

Numéros de la thèse	N° D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
22	310 1892	F. 16	23 ans	18 août	Hernie crurale droite. Début un an auparavant. Douleuruse. Incomplètement réductible avec garçouillement. Volume d'un petit œuf. Pas de bandage.
23	327 1893	F. 17	17 ans	10 janvier	Hernie crurale droite. Petite, d'autant de l'enfance. Réductible. Parfois douleuruse. Bandage depuis longtemps.
24	336 1893	F. 18	26 ans	10 février	Hernie crurale gauche. Depuis 18 mois, suite d'un effort. Irréductible depuis 1 mois. Un peu douleuruse. Volume d'un marron. Bandage.
25	356 1893	F. 19	49 ans	4 mai	Hernie crurale droite depuis 6 ans. Bandage depuis le début, jusqu'à il y a 18 mois où la hernie devient irréductible. Indolore.
26	370 1893	H. 7	6 ans	26 mai	Hernie crurale....
27	386 1893	F. 20	26 ans	3 août	Hernie crurale gauche.
28	388 1893	F. 21	39 ans	25 août	Hernie crurale gauche. Depuis octobre 1891. Bandage pendant 4 mois. Douleuruse.
29	393 1893	F. 22	29 ans	21 décembre	Hernie crurale droite depuis 2 ans. Douleuruse surtout depuis 6 mois. Masse molle dans l'aîne, sans impulsion.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Incision transversale. Sac gras avec épiploon adhérent réséqué avec 4 catguts. Ouverture large du fascia. 2 fils sur le pédicule. 2 sutures perdues. 8 crins, 1 drain.	40 minutes	4 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision dans le pli de l'aine. Sac petit. Ouverture du fascia. Dissection très élevée. 2 sutures perdues.	35 minutes	Revue 15 février 1893. Très bon état. Tout à fait guérie. 5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Incision parallèle à l'arcade. Ablation d'un petit kyste pré-herniaire. Petit sac sans contenu. Incision du crébriforme. Sutures.	25 minutes	3 nov. 1898. Nouvelles. Décédée le 14 février 1897, de phtisie. Accouchement en avril 1894. Malgré la toux et l'accouchement, il n'y avait pas eu de récurrence. N'a pas porté de bandage après l'opération.
Incision parallèle à l'arcade. Epiploon adhérent, résection de 21 grammes ; bien détaché. 2 catguts perdus, 7 crins, un drain.	35 minutes	5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Cure radicale. Résection épiploïque. Pas de drain.	»	Revu le 6 mars 1894. Bon état. Aucune tendance à la récurrence. Revu le 1 ^{er} janv. 1897. Très bon état. Revu en nov. 1898. Excellent état.
Cure radicale.	30 minutes	6 nov. 1898. Pas retrouvée.
Recherche du sac très laborieuse. Graisse préherniaire abondante. Fascia crébriforme très mince. 1 catgut sur le sac. 3 fils sur l'ouverture. 7 crins, 1 drain.	30 minutes	4 nov. 1898. Pas retrouvée.
Dissection facile. Sac doublé de graisse, ne contenant que du liquide. Incision du fascia dont l'orifice est très étroit. Dissection du sac très haut. 2 fils sur l'orifice. 7 crins, 1 drain.	25 minutes	Nov. 1898. Nouvelles. Très bon état. Guérison parfaitement maintenue.

Numéros de la thèse	N ^{OS} D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
30	464 1895	F. 23	12 ans	2 mai	Hernie crurale gauche.
31	483 1895	F. 24	33 ans	22 mai	Hernie crurale droite irréductible, datant de 15 ans.
32	496 1895	F. 25	35 ans	25 juin	Hernie crurale gauche depuis 3 ans, suite d'un effort, grosseur d'une noisette. Augmente au moindre effort. Remonte jusqu'à l'arcade de Fallope et même la dépasse.
33	501 1895	F. 26	24 ans	9 juillet	Hernie crurale gauche depuis 2 ans. Très douloureuse, réductible.
34	511 1895	H. 8	13 ans	20 août	Hernie crurale gauche depuis 5 mois. Bandage pendant 4 mois, abandonné parce que douloureux. Volume d'une noix. Entéroccèle indolore, réductible.
35	512 1895	F. 27	27 ans	27 août	Hernie crurale droite depuis 1 an et demi. Indolore.
36	538 1896	H. 9	23 ans	20 février	Hernie crurale gauche. Début il y a environ 10 ans. Bandage de- puis 2 ans. Douleurs modérées. Volume d'une noix. Facilement réductible.
37	545 1896	H. 10	45 ans	10 mars	Hernie crurale droite datant de 10 ans. Irréductible depuis 6 ans. Bandage pendant les premiers mois. Troubles dyspeptiques. Volume d'une mandarine ; très dure. Impulsion de la toux.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Cure radicale.	»	Revue un an après. Cicatrice tout à fait solide. Nov. 1898. Revue. Guérison absolument parfaite. Cicatrice déprimée. Aucune impulsion. Aucune tendance à la récurrence.
Cure radicale.	45 minutes	Voir n° 42. Guérison parfaite pendant au moins un an (opérée de l'autre côté un an après).
Cure radicale.	50 minutes	3 nov. 1898. Pas retrouvée.
Cure radicale.	30 minutes	Voir n° 751 (62). Trois semaines après l'opération, phlegmon de la paroi abdominale un peu au-dessus de l'arcade crurale. Récurrence opérée trois ans après.
Cure radicale.	»	9 nov. 1898. Très bon état. Cicatrice déprimée. Pas de bandage. Travaille toujours debout, ne souffre pas du tout.
Cure radicale.	35 minutes	9 nov. 1898. Revue. Parfaitement guérie. Quelques douleurs dans la cicatrice lors des changements de temps. Pas de bandage. Aucune impulsion. Pas de tendance à la récurrence.
Cure radicale.	»	5 nov. 1898. Pas retrouvé.
Dissection laborieuse du sac très épais (4 à 5 mm.) contenant de l'épiploon modifié, brunâtre, friable. Résection de 150 grammes d'épiploon. Cure radicale.	1 heure	5 nov. 1898. Pas retrouvé.

Numéros de la thèse	N° D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
38	547 1896	F. 28	29 ans	17 mars	Hernie crurale droite, irréductible, très douloureuse.
39	551 1896	F. 29	27 ans	23 mars	Hernie crurale droite.
40	563 1896	H. 11	52 ans	21 mai	Hernie crurale droite depuis 7 à 8 ans. Bandage. Indolore, réduc- tible. Coexistence de hernie inguinale et ombilicale.
41	567 1896	F. 30	41 ans	28 mai	Hernie crurale droite. Epiplo- cèle.
42	599 1896	F. 31	35 ans	24 novembre	Hernie crurale gauche datant de 8 ans. Bandage. Depuis 15 jours 1 ou 2 crises d'engouement. Peu volumineuse. Monte vers l'arcade crurale. Impulsion. Réductible complètement.
43	603 1896	H. 12	31 ans	10 décembre	Hernie crurale droite datant de 6 ans. Volume d'une noisette. Irréductible. Un peu douloureuse. Bandage insupportable.
44	608 1897	H. 13	55 ans	5 janvier	Hernie crurale droite.
45	624 1897	F. 32	27 ans	11 mars	Hernie crurale droite datant d'un an, suite d'un effort. Douloureux. Plusieurs crises d'engoue- ment. Volume d'un gros œuf. Réductible. Bandage intolérable.
46	643 1897	F. 33	26 ans	15 juin	Hernie crurale droite paraissant ré- ductible, avec adhérences épiploi- ques. Réductible. Volume d'un œuf. Datant de 4 mois. Pas de bandage.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Cure radicale.	»	3 nov. 1898. Parfaitement guérie. Pas de bandage. Aucune tendance à la récurrence. Enchantée de l'intervention qui l'a débarrassée d'une véritable infirmité.
Cure radicale.	»	5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Cure radicale.	50 minutes	3 nov. 1898. Resté guéri. Pas de grosseur ni d'impulsion dans l'aîne. Pas de bandage crural.
Cure radicale.	25 minutes	5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Pas d'épiploon. Cure radicale.	45 minutes	Voir n° 31. Opérée de hernie crurale droite le 22 mai 1895. Le résultat se maintient parfait depuis plus d'un an. 5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Cure radicale.	40 minutes	4 nov. 1898. Pas retrouvé.
Cure radicale. Résection de la graisse préperitonéale. Sans sac.	1 heure	4 nov. 1898. Pas retrouvé.
Sac adhérent de toutes parts. Décollement laborieux. Incision large du fascia crêbriforme, abaissement d'une portion abdominale de la hernie. 2 fils sur le pédicule qui est fixé au-dessus de l'arcade. 6 fils sur le fascia crêbriforme et l'anneau. Sutures.	»	Revue le 1 ^{er} nov. 1897. Un peu de prurigo sur la cicatrice. Pas trace de récurrence. 5 nov. 1898. Très bien guérie. Aucune trace de récurrence, pas d'impulsion à la toux, malgré une bronchite chronique. Pas de bandage. Pas de grossesse ni d'accouchement depuis. Cicatrice très déprimée.
Cure radicale. Epiploon réséqué, 25 grammes.	35 minutes	5 nov. 1898. Pas retrouvée.

Numéros de la thèse	N ^{os} D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
47	651 1897	F. 34	24 ans	19 juillet	Hernie crurale gauche épiploïque adhérente, sans impulsion.
48	65 1897	H. 14	28 ans	26 juillet	Hernie crurale gauche.
49	664 1897	F. 35	39 ans	12 octobre	Hernie crurale gauche datant de 12 ans. Pas de bandage. Troubles dyspeptiques.
50	678 1897	F. 36	45 ans	23 novembre	Hernie crurale gauche datant de 5 ans. Bandage. 4 crises d'étranglement terminées par la réduction de la hernie. Volume d'une orange. Réductible difficilement.
51	680 1897	H. 15	32 ans	25 novembre	Hernie crurale gauche irréductible avec adhérences épiploïques.
52	695 1897	F. 37	36 ans	29 décembre	Hernie crurale droite avec graisse pré-herniaire.
53	696 1897	F. 38	35 ans	19 décembre	Hernie crurale gauche. Opérée 2 mois avant pour hernie inguinale ?
54	701 1898	H. 16	44 ans	13 janvier	Hernie crurale droite.
55	711 1898	F. 39	45 ans	9 février	Hernie crurale droite étranglée.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Cure radicale. Résection épiploïque.	»	Revue très récemment. Etat parfait. Pas d'impulsion ni de tendance à la récurrence.
Cure radicale. Epiploon réséqué, 130 gr. Hémophile. 3 jours de suite hémorrhagie arrêtée par tamponnement à l'antipyrine.	»	Revu en nov. 1898. Excellent résultat. Cicatrice très solide, sans aucune impulsion, bien qu'obèse.
Cure radicale. Epiploon réséqué, 75 gr.	40 minutes	5 nov. 1898. Pas retrouvée.
Cure radicale. Adhérences épiploïques. Résection d'épiploon.	20 minutes	Revue août 1898. Parfaitement guérie. Pas trace de récurrence. Pas de bandage. Dit « avoir rajeuni de 20 ans ». Pas de grossesses, ni d'accouchements.
Cure radicale. Résection épiploïque.	45 minutes	4 nov. 1898. Décédé.
Cure radicale. Résection très élevée du sac.	40 minutes	9 nov. 1898. Très bien guérie. Cicatrice solide; pas d'impulsion. Bonne santé depuis. Ni grossesse, ni accouchement. Pas de bandage.
Cure radicale. Résection du sac.	»	Suppuration secondaire portant, surtout sur la région de l'ancienne cicatrice, survenue après la 1 ^{re} semaine. 16 juin 1898. Se présente très bien pour sa hernie crurale. A la suite d'efforts violents à bicyclette, une <i>hernie inguinale</i> est apparue. Nov. 1898. État toujours parfait du côté de la hernie crurale.
Cure radicale. Résection de 7 gr. d'épiploon.	45 minutes	19 fév. 1898. Très bon état. 9 nov. 1898. Excellent état. Aucune tendance à la récurrence. Exerce le métier de postier ambulant qu'il a repris à sa sortie de l'hôpital. Aucune douleur, pas de bandage.
Cure radicale.	»	9 nov. 1898. État parfait. Ni impulsion, ni douleurs. Pas de bandage.

Numéros de la thèse	N° D'ORDRE ET ANNÉES	SEXE	AGE	DATE DE L'OPÉRATION	MALADIE
56	713 1898	F. 40	30 ans	15 février	Hernie crurale droite.
57	725 1898	F. 41	37 ans	16 mars	Hernie crurale gauche. 2 fois accidents d'étranglement terminés par réduction sous chloroforme.
58	731 1898	H. 17	44 ans	21 mars	Hernie crurale épiploïque droite étranglée.
59	734 1898	F. 42	33 ans	1 ^{er} avril	Hernie crurale gauche.
60	745 1898	F. 43	30 ans	26 mai	Hernie crurale gauche.
61	748 1898	F. 44	38 ans	2 juin	Hernie crurale droite se dirigeant vers la grande lèvre.
62	751 1898	F. 45	27 ans	8 juin	Hernie crurale gauche récidivée.
63	? 1898	F. 46	23 ans	30 juin	Hernie crurale droite.

OPÉRATION	DURÉE DE L'OPÉRATION	RÉSULTATS
Cure radicale.	»	7 août 1898. Revue. Parfait état. Pas de récidence. Pas d'impulsion à la toux. 9 nov. 1898. État toujours excel- lent. Exerce un métier fatigant.
Cure radicale. Sac avec double valvule constituée par des saillies graisseuses qui expliquaient les accidents d'étranglement.	»	8 nov. 1898. Excellent état. Cica- trice déprimée. Aucune impul- sion à la toux. Aucune tendance à la récidence. Pas de bandage.
Kélotomie. Aucune anse intestinale prise. Résection épiploïque 60 gr. Cure radicale.	35 minutes	8 nov. 1898. Très bien guéri. Au- cune douleur, aucune impulsion. Malgré avis contraire, porte un bandage, « par précaution ».
Cure radicale. Pas d'intestin ni d'épiploon dans le sac.	»	Nov. 1898. Pas de nouvelles.
Cure radicale. Résection de 60 gr. d'épiploon adhérent, laborieuse- ment attiré.	40 minutes	Revue fin juillet. Très bon état. Pas d'impulsion ni de tendance à la récidence. 9 nov. 1898. Excellent état. Pas de bandage.
Cure radicale. Résection épiploïque 60 gr.	45 minutes	Revue en août. Excellent état. Pas de tendance à la récidence. 9 nov. 1898. Excellent état. Cica- trice déprimée, solide. Pas de bandage.
Cure radicale. Résection épiploi- que.	45 minutes	Voir n° 501 (33). Cette malade avait eu 3 semaines après l'opération un phlegmon de la région.
Cure radicale. Pas d'épiploon résé- qué.	40 minutes	Revue le 3 août. Très bon état ; pas de tendances à la récidence. 9 nov. Très bon état. Cicatrice très déprimée. Pas de bandage. Un peu de faiblesse dans la jambe droite par la fatigue.

Si nous examinons maintenant le tableau précédent au point de vue statistique, nous voyons que sur soixante-trois cas, opérés depuis des temps variant de quatre mois et demi à dix-sept ans passés, on n'observe que quatre récidives (nos 1.3 ; 6.112 ; 10.141 et 33.501 récidivé sous le n° 62.751), ce qui représente environ une proportion de 6 0/0, proportion peu élevée par rapport à celle des autres statistiques analogues. Nous avons revu 34 opérés et constaté leur état, ce qui fait un chiffre assez important de malades revus. Nous pourrions dire, du reste, avec Blaise (1) : « Quant au petit nombre de malades revus, il convien de ne pas y attacher trop d'importance. Il ne faut pas oublier en effet qu'il s'agit surtout d'une clientèle d'hôpital. Quand les malades reviennent, c'est que la hernie a récidivé. Sans aller jusqu'à prétendre que le fait d'avoir perdu de vue l'opéré est un gage de sa guérison radicale, il est certain qu'il constitue une bonne présomption ».

Des quatre récidives connues, l'une, survenue au bout de six mois concerne une femme chez laquelle l'opération avait été très incomplète à cause d'adhérences intestinales, et qui ne récidiva qu'après une coqueluche contractée de son enfant (n° 1.3). Une autre concerne une femme chez laquelle la cicatrice avait résisté à deux accouchements ; la récidive ne survint que huit ans après l'opération, trois ans après le second accouchement, à dater duquel la malade avait considérablement engraisé (n° 10.141). Une autre (n° 6.112) qui récidiva après deux ans, est une tousseuse, bronchitique chronique, déjà assez âgée (44 ans) lors de l'opération. La quatrième (nos 33.501 et 62.751) avait eu trois semaines après l'opération un phlegmon dans la région opératoire. Comme on le voit, les sujets n'étaient pas dans de bonnes conditions pour une guérison définitive et la récidive s'explique.

(1) BLAISE, *loc. cit.*, p. 146.

Par contre, nous voyons des guérisons maintenues depuis des années. Chez le n° 14.240, la cicatrice datant de 7 ans et demi a résisté à deux accouchements : le n° 24.336 est morte phtisique, ayant beaucoup toussé par conséquent, sans que sa hernie ait récidivé, 4 ans après l'opération ; le n° 45.624, bronchitique chronique, n'a pas récidivé au bout d'un an et demi. Une malade (n° 50.678) opérée depuis un an nous déclare avoir rajeuni de 20 ans depuis l'opération ! Une autre (n° 53.696) est très curieuse : opérée depuis 11 mois de hernie crurale, elle fait un jour un violent effort à bicyclette et se fait une *hernie inguinale*, la cicatrice crurale ayant résisté ; un malade (n° 54.701) opéré depuis 10 mois a repris à sa sortie de l'hôpital sans aucun inconvénient son dur métier de postier ambulant. Deux malades (n° 31.483 et 42.599) opérées d'un côté sont revenues, l'une un an, l'autre un an et demi plus tard se faire opérer de l'autre côté.

Nous arrêtons là la citation des cas les plus probants, estimant que tous ces faits parlent d'eux-mêmes hautement en faveur du procédé.

CONCLUSIONS

Nous concluons donc en disant :

I. — La cure radicale de la hernie crurale est une opération qui s'impose, à moins de contre-indications formelles (résultat de la santé ou de l'âge du malade), à cause de la difficulté de la contention de cette hernie par les bandages et des dangers qu'elle fait courir aux malades par la facilité avec laquelle elle s'étrangle.

II. — Le procédé de Championnière constitue une opération satisfaisante, car il réalise les trois conditions essentielles que doit remplir une cure radicale de hernie :

1° Dissection complète de la séreuse et fixation du pédicule du sac.

2° Oblitération solide de l'anneau crural et suppression du canal herniaire.

3° Résection épiploïque.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

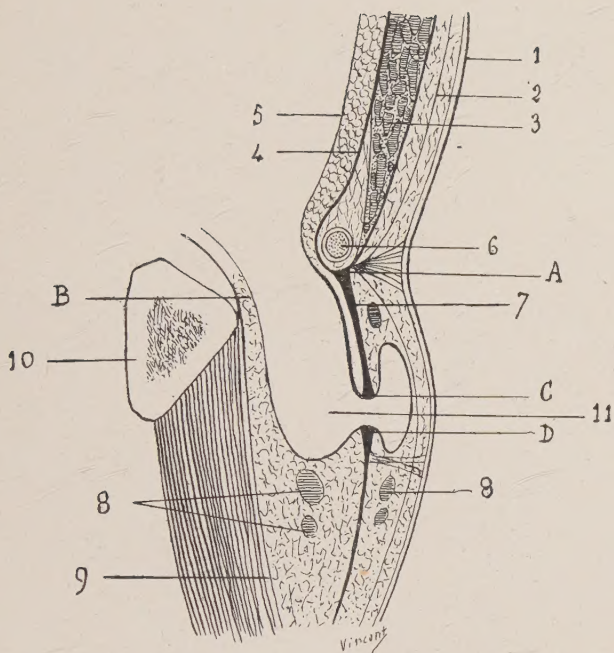
EXPLICATION DE LA FIGURE

Cette figure a été dessinée sous nos yeux, d'après nature, sur le cadavre d'une femme de 40 ans, morte à l'hôpital Tenon des suites d'une appendicite.

Elle représente une coupe longitudinale du pli de l'aîne passant par le sac herniaire.

La hernie datait d'une dizaine d'années. Malgré cela on voit que le sac sous-cutané n'est pas très développé par rapport au sac interaponévrotique. De plus, malgré l'ancienneté de la hernie, il persiste une certaine distance (A. C.) entre l'anneau crural et celui du fascia crébri-forme, qui d'ailleurs était petit. Le sac sous-cutané tend à remonter vers l'arcade.

L'opération consiste à reséquer le sac au-dessus de l'anneau crural, puis à ramener le point C au point B ; l'anneau se trouve ainsi obturé. On comble ensuite le canal herniaire en avant de lui.



Coupe longitudinale du pli de l'aîne passant par le sac herniaire ; vue de la partie externe de la coupe.

A. B. — Anneau crural. — C D. — Anneau du fascia crébriforme.

- | | |
|---|--|
| 1. Peau et tissu cellulaire sous-cutané. | 7. Aponévrose fémorale (fascia crébriforme). |
| 2. Fascia superficialis. | 8. Ganglions lymphatiques et tissu cellulo-grasieux. |
| 3. Muscle grand oblique. | 9. Pectiné et aponévrose. |
| 4. Fascia transversalis. | 10. Pubis et ligament sus-pubien. |
| 5. Péritoine et graisse sous-péritonéale. | 11. Sac herniaire. |
| 6. Ligament rond. | |

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
